

ANNÉE 1945

1944

N°

471

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BASTIEN

Né le 17 Octobre 1917, à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

12 JUIN 1944

LES RHINITES CHRONIQUES

**Evolution de la question
de 1906 à 1940**

Président : M. VERNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1945

Nom du Candidat : BASTIEN.

Pseudonyme : Pierre.

Prénoms : Pierre.

Nom de jeune fille : & c.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Les deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

BASTIEN (Pierre). — Les rhinites chroniques (Evolution de la question de 1906 à 1940). — Paris, Lib. Le Fran-
cois, 1945, in-8°, 122 p.
(Th. méd., Et.), Paris, 1945
N° .

BASTIEN (Pierre). — Les rhinites chroniques (Evolution de la question de 1906 à 1940). — Paris, Lib. Le Fran-
cois, 1945, in-8°, 122 p.
(Th. méd., Et.), Paris, 1945
N° .

BASTIEN (Pierre). — Les rhinites chroniques (Evolution de la question de 1906 à 1940). — Paris, Lib. Le Fran-
cois, 1945, in-8°, 122 p.
(Th. méd., Et.), Paris, 1945
N° .

BASTIEN (Pierre). — Les rhinites chroniques (Evolution de la question de 1906 à 1940). — Paris, Lib. Le Fran-
cois, 1945, in-8°, 122 p.
(Th. méd., Et.), Paris, 1945
N° .

ANNÉE 1945

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BASTIEN

Né le 17 Octobre 1917, à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le _____

LES RHINITES CHRONIQUES

**Evolution de la question
de 1906 à 1940**

Président : M. VERNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1945

Le Doyen.....

BAUDOUIN

Assesseur

LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JUSTIN BESANÇON.
Cliniques médicales.....	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ HARVIER.
	{ PASTEUR-VALLERY-RADOT.
	{ CATHALA.
	{ ROBERT DEBRÉ.
	LEVY-VALENSI.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	{ CADENAT.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	{ MONDOR.
litiques	{ QUENU.
Clinique des maladies du système nerveux	{ BROCC.
Clinique des maladies infectieuses.....	{ VELTER.
	{ N...
Cliniques chirurgicales.....	{ LANTUEJOL.
	{ LEVY-SOLAL.
	{ PORTES.
	{ MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-	LOEPER.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	SENEQUE.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	FROISIER.
Clinique médicale propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT
Assistance Médico-Sociale.....	{ N...
	{ DOGNON.
	{ GIROUD.
	{ GAILLARD.
Professeurs sans chaire.....	{ JAYLE.
	{ LAROCHE.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		GARCIN.
	N...		DE GENNES.
Anatomie pathologique.	DELARUE.		HAGUENEAU.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS		LELONG.
Bactériologie	BONNET.	Médecine générale	LENEGRE.
Chimie médicale	N...		MARCHAL.
	AMELINE.		MOLLARET.
	FEVRE.		MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO		SOULIE.
Chirurgie générale	MENEGAUX.	Médecine légale	DESOILLE.
	PATEL.		DIGONNET.
	SICARD.	Obstétrique	LACOMME.
	N...		SUREAU.
	N...		N...
	N...	Ophtalmologie	RENARD.
Physiologie	BULLIARD.	Oto-rhino-laryngologie ..	HALPHEN.
Hydrologie	N...	Parasitologie	LAVIER.
Hygiène	N...	Parasitologie coloniale ..	N...
	BARIETY.	Pathologie expérimentale.	LEMAIRE.
	BERNARD (Et.).	Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
	BOULIN.		N...
Médecine générale	BROUET.	Physiologie	RICHET.
	CACHERA.		N...
	COSTE.	Physiologie médicale....	DESGREZ (H.).
	DELAY.	Thérapeutique	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.		MM.
Chirurgie générale	BASSET.	Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.	Obstétrique	VAUDESCAL.
Obstétrique	LE LORIER.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES

{ Clinique
chirurgicale

MM.

ALAJOUANINE.
CHEVALLIER.
LAROCHE G.
MOREAU.

{ Clinique
médicale.

Clinique obstétricale ESCALLE
Clinique urologique, FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Puériculture
Radiologie clinique.....
Stomatologie

N...
LEDOUX-LEBARD.
DECHAUME.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Mort pour la France

A MON PERE

*En témoignage de toute mon
affection, bien humble récompense
de tous ses sacrifices
pour moi.*

A MA BELLE-SŒUR

A MES NEVEUX

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VERNE ..

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur à l'Ecole Odontotechnique
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Qu'il trouve ici l'expres-
sion de ma plus profonde recon-
naissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BOUCHET

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui je dois ce sujet de
thèse, et que je ne saurais
jamais assez remercier de son
enseignement et de sa bien-
veillance à mon égard.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. BALDENWECK

Laryngologiste honoraire des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma plus
profonde gratitude pour ses
enseignements, et sa bienveil-
lante attitude à mon égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P.-C. HUET

Laryngologiste des Hôpitaux

*Qu'il trouve ici le témoignage
de toute ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. ANDRÉ

Ancien Interne des Hôpitaux

*Dont l'amitié su me faire
profiter du meilleur des ensei-
gnements.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

R. BOURGEOIS, J. BOURDIAL

Laryngologistes des Hôpitaux

ET

J.-J. DEBAIN, FOUQUET

Assistants des Hôpitaux

*Qui me prodiguèrent leurs
conseils.*

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

A TOUS MES CAMARADES DE MEDECINE

INTRODUCTION

« Il existe dans toutes les branches de la Médecine un certain nombre de chapitres louches qui semblent créés tout exprès pour donner complaisamment asile aux diagnostics peu faits. Ce procédé de classification est la ressource des cliniciens indécis : il est si commode quand on n'a pas fait de diagnostic de le remplacer par un mot... Pour celui qui commence, toute maladie du nez qui dure plus de quinze jours est immédiatement étiquetée coryza chronique, ce qui veut dire : ce malade a quelque chose dans le nez, mais je ne sais absolument pas quoi ».

Telle est la citation empruntée à Paul RAUGÉ, par laquelle M. LERMOYEZ débute un article sur le coryza chronique publié en 1906 et dont l'actualité nous paraît encore frappante. Intéressant par lui-même, cet article est important surtout par le fait qu'il marque l'époque des premiers essais de classification de ce que l'on a communément nommé les rhinites chroniques, parce que c'est là que nous voyons pour la première fois apparaître deux catégories bien distinctes, les rhinites de cause locale et les rhinites de cause générale. Mais si parmi les premières on

commence à distinguer leurs différentes origines ; les causes locales sont en effet démembrées, et le rôle des sinusites maxillaires et ethmoïdales apparaît, bien que pour ces dernières les idées soient d'une grande imprécision, et que l'on discute encore sur le rôle respectif de l'empyème des sinus et des sinusites proprement dites. De plus, il est intéressant de noter qu'à ce moment une mise au point du traitement chirurgical des sinusites, grâce aux travaux de LUC, commence à se faire jour. Par contre, les rhinites de cause générale sont fort mal connues et seule l'hydrorrhée d'origine rénale est étudiée.

La période suivante va amener la découverte de l'allergie avec les travaux de WIDAL et de son école et pour nous, rhinologistes, avec la belle thèse de son élève Jacques LERMOYEZ, travaux qui seront poursuivis et complétés par les Anglo-Saxons et surtout par les Américains. Cette période permettra d'individualiser : 1° Les coryzas vasomoteurs périodiques, « Hay Fever » des Anglo-Saxons ou « rhume des foins » des Français ; 2° Les coryzas vasomoteurs apériodiques auxquels l'on donne souvent le nom d' « asthme nasal » ; 3° L'ethmoïdite hyperplasique, et 4° Les sinusites séreuses. Ces différentes formes se heurtent aux formes intriquées des coryzas vasomoteurs secondairement infectés qui viendront singulièrement compliquer le diagnostic.

Toutes ces conceptions nouvelles ont entraîné de multiples essais thérapeutiques dont un certain nombre sont profitables et méritent d'être approfondis. Maheureusement, ces thérapeutiques sont en

telle abondance qu'il est bien souvent difficile de distinguer l'utile de l'inutile et même du néfaste.

Notre travail a donc pour but :

1° De considérer la « phase de départ » avec les travaux de LERMOYEZ et de ses contemporains ;

2° D'examiner l'apport des travaux de 1906 à 1940 ;

3° De retenir de cet apport les matériaux utilisables pour nous ;

4° Ce qui nous permettra d'aboutir à un diagnostic plus précis qui nous amènera lui-même à l'emploi d'une thérapeutique plus judicieuse.

BREF RAPPEL DE L'ÉPOQUE PRÉCÉDANT IMMÉDIATEMENT LERMOYEZ

Il n'y a pas si longtemps que d'étonnantes conceptions se faisaient encore jour. Une thèse publiée à Paris en 1860 (1) et traitant du coryza chronique nous renseigne à ce sujet.

Si les rhinites sont considérées dans leur ensemble sans qu'aucune distinction précise soit établie, sauf peut-être pour l'ozène, le curieux apparaît au chapitre de l'étiologie où l'on découvre qu'à la suppression de l'hyperhydrose, et particulièrement des deux pieds, revient en grande part le déclenchement du catarrhe nasal, suggérant même que l'odeur nauséabonde ou « punaisie » de certaines de ces rhinites aurait peut-être là son origine. D'où application à la thérapeutique et descriptions des précautions à prendre en une telle occurrence.

Pour le reste, par contre, la thérapeutique est plus rationnelle avec le lavage des fosses nasales à l'eau salée et les badigeonnages de la muqueuse au

(1) A. FERRIER. — Considérations sur le Coryza chronique et l'ozène, Paris, thèse 1860.

moyen d'une solution de nitrate d'argent au centième.

Cette même théorie étiologique se retrouve dans une autre thèse de Paris datant de 1881, où, il est vrai, l'importance conférée n'y est plus que secondaire et où la symptomatologie est beaucoup mieux précisée. Les médications n'ont encore guère varié avec l'irrigation des fosses nasales à l'eau salée, les insufflations sur la muqueuse de poudres médicamenteuses à base de sous-nitrate de Bismuth, de cubèbe, d'alun, de borax, de tannin, de calomel. Ainsi :

Chlorhydrate de morphine. 0,10 cgr.

Poudre de gomme arabique } à 2 gr.

Sous-nitrate de Bismuth .. }

quantité à priser dans les vingt-quatre heures.

Dès 1890-95, la question paraît beaucoup plus sérieusement étudiée, notamment du point de vue thérapeutique, et les différentes revues commencent à publier un certain nombre d'articles de grand intérêt. La galvano-cautérisation règne en maîtresse sur toute cette partie de la rhinologie, mais pour beaucoup elle paraît déjà insuffisante, et différentes recherches sont faites dans d'autres sens. Ainsi, M. MAUREL prétend faire avorter le coryza par la simple application sur la muqueuse d'une solution d'iodoforme à cinq ou dix pour cent. Aux Etats-Unis, l'électrolyse mono puis bipolaire fait son apparition et semble bientôt l'un des meilleurs palliatifs qui soient, éclipsant même pour beaucoup les cautérisations galvaniques ou chimiques. Partout les insufflations nasales de poudres médicamenteuses sont à

l'honneur et l'acide borique, le menthol, la cocaïne, les astringents en forment surtout la composition. De même les irrigations au moyen de solutions antiseptiques, particulièrement l'ictyol au cent cinquantième.

En 1898, MOLTERRI en Italie (1), après HOLSTEIN en Allemagne, préconise l'usage de la glycérine sous forme de tampons appliqués au contact de la muqueuse, vantant son action décongestionnante et les excellents résultats obtenus.

La chirurgie n'est cependant pas en reste et décor-tication et turbinotomie sont pratiquées par un certain nombre ; beaucoup d'ailleurs dès ce moment s'insurgent contre la brutalité d'un traitement aussi radical et non sans inconvénients. Les injections sclérosantes, application de la méthode sclérosante de LANNELONGUE, sont aussi pratiquées, le liquide injecté étant presque uniquement le chlorure de zinc.

Enfin, en 1899, paraît le premier d'une série d'articles publiés par LERMOYEZ dans *Les Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx* pendant une période de plusieurs années. Ce sont les conceptions qui y sont développées, ainsi que celles de quelques autres auteurs, que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

(1) Nous verrons d'ailleurs que l'emploi de la glycérine fut repris plus tard sous forme d'injections sclérosantes.

EXPOSITION DES CONCEPTIONS DE LERMOYEZ ET DE SES CONTEMPORAINS

DEFINITION DES RHINITES CHRONIQUES

Qu'est-ce que l'on entend à cette époque par rhinite chronique ? Les avis sont loin d'être identiques.

Pour certains, le coryza chronique est une inflammation chronique de la pituitaire amenant un enclenchement marqué par :

— un écoulement muco-purulent plus ou moins abondant ;

— une obstruction plus ou moins notable.

La rhinite hypertrophique, dégénérescence pseudo-myxomateuse de la pituitaire selon les uns, hyperplasie muqueuse avec prédominance au niveau des cornets inférieurs selon les autres, doit en être soigneusement distinguée. Cependant, tout en admettant la même définition générale, GAREL n'admet la rhinite hypertrophique que comme une complication secondaire, au même titre d'ailleurs que la rhinite atrophique simple non ozénateuse.

Tous les auteurs sont d'accord pour ranger dans un chapitre spécial les rhinites vaso-motrices. Toutefois,

ce chapitre même n'est pas envisagé sous le même angle par tous. Pour quelques-uns, coryza vasomoteur et rhume des foins sont un seul et unique syndrome, les deux affections variant uniquement dans leur étiologie. Au contraire, d'autres distinguent :

— Le coryza vasomoteur proprement dit, qui serait une hyperémie transitoire de la pituitaire avec hypersécrétion et enchifrèment ;

— L'hydrorrhée nasale vraie, à bien distinguer de la crânio-hydrorrhée et de la sinuso-hydrorrhée, et représentée par un écoulement profus et persistant de liquide aqueux par les fosses nasales ;

— Enfin, le coryza spasmodique identifié avec la rhino-bronchite hyperesthésique et le rhume des foins.

Cependant, LERMOYEZ reconnaît le peu de solidité de cette définition des rhinites chroniques simples et admet qu'ainsi conçues elles ne seraient probablement qu'un groupe d'attente, à limites vagues ; intermédiaire entre le coryza aigu et la rhinite hypertrophique (1), et pouvant être décrit comme une hyperémie (RUAULT) ou comme un catarrhe.

Mais, telle qu'elle, c'est, selon lui, la plus commune des affections du nez.

(1) Il admet ainsi implicitement leur filiation avec les rhinites chroniques simples.

ETIOLOGIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE

Nous allons maintenant envisager successivement les différentes théories étiologiques et physio-pathologiques, telles qu'on les concevait dans cette période pour chacune des différentes formes de rhinites.

Coryza chronique simple

Selon LERMOYEZ : « La fréquence du coryza chronique dérive de la multiplicité de ses causes, et c'est de leur étude que doit dériver une thérapeutique rationnelle ».

Ce sera tout d'abord la répétition des coryzas aigus, chacun laissant un reliquat, et de la sommation de ces reliquats dérive le coryza chronique. Souvent, cependant, la chronicité se présente d'emblée, et résulte alors des causes locales auxquelles viennent s'adjoindre une prédisposition d'ordre général. Et là, un fait remarquable, c'est le rôle très effacé des microbes qu'aucune recherche n'a encore permis de trouver dans l'épaisseur de la muqueuse ; leur présence semblant uniquement saprophyte. Mais, en réalité, c'est l'exagération des réactions physiologiques de la pituitaire qui, poussée au-delà de ses forces, provoque le coryza.

« Chauffer, hydrater, purifier l'air inspiré, est le

rôle du nez ! A le remplir d'une façon trop intense il se surmène et tombe malade. »

Ainsi le rôle du refroidissement chronique est devenu banal ; un exemple en est fourni par les blanchisseuses, les mariniens et tous les gens dont le métier prête au refroidissement. Le vent salé de la mer, les variations hygrométriques de même jouent leur rôle, et à New-York où l'hygrométrie atmosphérique est susceptible de variations étendues, le mal est endémique. Les poussières atmosphériques ont aussi leur importance, le coryza règne sur toutes les villes enfumées et les régions industrielles.

Les rhinites professionnelles sont d'une même étiologie, ainsi pour les ouvriers : décapeurs, chaudronniers, cimentiers, soudeurs, doreurs, typographes, menuisiers, pour les employés de certaines industries chimiques, etc...

En dehors de ces causes premières, il existe un certain nombre de conditions prédisposantes ne jouant plus qu'un rôle secondaire. Ainsi l'âge et le sexe, l'homme étant plus souvent atteint que la femme, l'enfant et le vieillard que l'adulte, l'hygiène dont la part est très importante, les intoxications telles que : l'alcoolisme, le tabagisme, le saturnisme, l'hydrargisme, favorisent l'apparition de ces coryzas.

De même : l'habitude des boissons exagérément chaudes, l'abus du sel dans les aliments — comme le signale JACQUET (1) — qui veut même faire de

(1) JACQUET. — Traitement du coryza chronique par l'hypochloruration, Paris, *Annales O. R. L.*, mars 1904.

l'hypochloruration un traitement du coryza chronique ; la constriction de l'abdomen par des ceintures ou des corsets selon SCHMIDT ; la mauvaise aération des locaux et les atmosphères renfermées.

Les lésions nasales préexistantes peuvent soit favoriser localement, soit même provoquer l'affection. En effet, une déviation de cloison provoque une sténose des fosses nasales qui gêne l'expulsion des mucosités, amène la stagnation et entretient ainsi un cercle vicieux. D'autre part, l'aspiration thoracique se heurtant à ce rétrécissement crée un vide dans la partie postérieure du couloir nasal, ce vide ne peut être comblé par l'apport de l'air inspiré, il fait alors ventouse sur toute l'arrière fosse et particulièrement sur les queues de cornet qui se tuméfient. L'étroitesse congénitale des fosses nasales, disposition souvent héréditaire, produit le même effet.

Chez l'enfant, si un coryza unilatéral doit faire penser à la présence d'un corps étranger intra-nasal, les formes bilatérales permettent de suspecter la présence de végétations adénoïdes. Chez l'adulte, bien souvent, les insuccès du traitement s'expliquent par le seul fait que l'infection est entretenue par quelque suppuration sinusale méconnue, dont fréquemment l'origine est ethmoïdale. Il est évident que dans tous les cas la thérapeutique doit en premier lieu traiter la cause sous peine d'échec complet.

Les lésions d'ordre général sont encore à rechercher et à étudier avec le plus grand soin. La stase sanguine à la hauteur de la muqueuse nasale cause

et entretient un grand nombre de ces formes chroniques. La cause première doit en être recherchée :

1° Dans le tube digestif avec l'atonie gastro-intestinale, la constipation habituelle ;

2° Dans l'appareil génital avec les vaginites, métrites et prostatites chroniques ;

3° Dans une déficience cardiaque, lésion mitrale, sclérose du myocarde ;

4° Dans l'insuffisance rénale, albuminurie, oligurie, brightisme (1).

Indépendamment de ces causes, certains individus sont indéniablement prédisposés au coryza chronique — prédisposition le plus souvent sous la dépendance de l'état général. On devra considérer ainsi la scrofule dans la seconde enfance, l'arthritisme, et la goutte chez l'adulte, l'anémie chez les femmes, prenant le plus souvent son origine dans une lésion génitale ignorée ou dissimulée, le diabète et le brightisme qui provoque un catarrhe hyperémique à type spécial (GAREL).

RHINITE HYPERTROPHIQUE.

Bien que nettement séparée des rhinites chroniques, la rhinite hypertrophique est plus ou moins implicitement reconnue comme d'une étiologie commune avec le coryza chronique ; certains voient même là la cause la plus fréquente de l'affection.

Deux phases y sont alors distinguées. Tout d'abord

(1) Voir l'observation de JACQUET précédemment citée et P. CORNET, Coryzas brightiques, Paris, *Annales O. R. L.*, 1909.

une hyperémie caractérisée, par une ectasie vasculaire très marquée, surtout à la hauteur du cornet inférieur. Ce n'est d'ailleurs qu'une période formant prélude aux lésions définitives qui sont trouvées plus tardivement dans la seconde phase. Dans celle-ci la pituitaire est le siège de lésions manifestes, telles qu'hyperplasie de l'élément conjonctivo-vasculaire sous-muqueux avec hypertrophie glandulaire et dégénérescence myxomateuse de la muqueuse. En réalité, il s'agit d'un adéno-myxome angiomateux. Cette hypertrophie peut être diffuse ou circonscrite, atteignant alors la tête et la queue du cornet inférieur et se rapprochant beaucoup du tissu myxomateux. Ces derniers cas marquent une transition entre la rhinite hypertrophique vraie et les polypes muqueux des fosses nasales.

RHINITES VASO-MOTRICES

Dans les rhinites vaso-motrices, deux catégories de causes doivent être envisagées :

- Les causes prédisposantes,
- Les causes déterminantes.

Pour les premières, le neuro-arthritisme semble jouer un rôle prépondérant comme diathèse des fluxions organiques et des poussées congestives auxquelles la structure de la pituitaire l'expose particulièrement. De même les névropathies et les lésions vasculaires, telles que l'artério-sclérose, favorisent la stase sanguine. D'autre part, certaines affections nasales : coryzas chroniques, rhinites hypertro-

phiques, dégénérescence myxomateuse, épaissement du septum sont particulièrement prédisposantes.

Dans les causes occasionnelles, on trouve en première ligne l'action du froid sur la muqueuse nasale ou sur un point quelconque du corps, les variations brusques de température, le séjour dans une atmosphère surchauffée. Le contact avec la muqueuse de particules irritantes, vapeurs ou poussières, l'action brutale de la lumière vive sur le nerf optique sont encore à signaler. Enfin, les sujets atteints de gastropathie ou d'affection gastro-intestinale, les femmes en période cataméniale ou présentant des troubles utéro-ovariens, les hystérectomisées, les malades en traitement ioduré ou bromuré sont particulièrement sensibles.

Coryza spasmodique

Pour le coryza spasmodique, il semble que ce soit une maladie de l'adulte et de l'âge mûr, on le constate rarement chez le vieillard. Le sexe : les statistiques donnent trois hommes atteints pour une femme ; la race : les Anglo-Saxons y sont particulièrement sensibles, paraissent jouer un rôle. Là encore, les diathèses créent une susceptibilité toute spéciale :

« Une sorte d'état idio-syncrasique favorisant le développement de la rhino-bronchite annuelle (1) ».

Elle apparaît, en effet, comme une manifestation du neuro-arthritisme à l'instar de la goutte et des

(1) A. MENIER. — Traitement des maladies du nez, Paris, Maloine, 1906.

affections lithiasiques. Ces diverses maladies s'associent d'ailleurs de mille façons, se succédant, s'alternant, et constituant de véritables équivalents pathologiques. L'asthme des foin est donc maladie autonome en même temps que signe très net d'un certain type morbide de la nutrition. C'est pourquoi ce mal est particulièrement observé dans les classes aisées, à vie sédentaire et à nutrition ralentie, et c'est encore ce qui peut en expliquer le caractère héréditaire.

Cependant, l'action sur la muqueuse des particules solides ou des vapeurs irritantes apparaît encore ici. Tout spécialement, l'influence du pollen de certaines plantes a été incontestablement déterminé, et la théorie pollinique de BLACKELEY est celle qui a réuni le plus de suffrages. De nombreuses observations et expériences faites avec le pollen de différentes familles de plantes par BLACKELEY, MORELL, MACKENZIE et de nombreux autres auteurs permettent d'expliquer ainsi l'apparition régulière des crises à certaines époques fixes de l'année. Malgré ces expériences, un fait est cependant indiscutable, c'est la susceptibilité toute spéciale de certaines muqueuses nasales vis-à-vis d'un certain nombre d'agents extérieurs, créant une hyperesthésie individuelle, souvent provoquée et exaltée par une lésion endo-nasale, telle que hypertrophie des cornets, dégénérescence myxomateuse de la muqueuse, épaississement du septum, etc... De là, vient la théorie de HACK, l'origine endogène de la rhino-bronchite annuelle n'étant qu'un syndrome réflexe à point de départ résidant entièrement dans une lésion de la pituitaire. On ne

constate pas de démarcation nette entre « Hay fever » et « Coryza spasmodique », la seule différence étant l'apparition à époque fixe de la première forme.

La sensibilité de ces malades est extrême et la moindre variation suffit à déclancher l'accès. Ainsi, le passage du soleil à l'ombre, le vent du midi qui augmente la violence de la crise tandis que la pluie l'arrête, l'influence néfaste de la campagne pour certains, tandis que l'altitude provoque une action salutaire, le bord de la mer qui est bienfaisant chez les uns provoque une crise chez d'autres. Le nombre des exemples en est infini. Enfin, selon TISSIER et GAREL, l'atteinte de la pituitaire doit être considérée comme première et l'atteinte des muqueuses conjonctivales et bronchiques comme secondaire.

RHINO-HYDRORRHÉE.

Dans cette forme, la pathogénie semble des plus obscure et les théories sont nombreuses.

Pour LERMOYEZ, là encore le rôle des diathèses est prédominant ; il en donne pour exemple la classe aisée, dans laquelle presque tous les individus sont ou ont des antécédents arthritiques et qui presque seule est atteinte. Une autre preuve en est l'existence des métastases, alternance d'hydrorrhée, de migraine, d'asthme, de diarrhée, de toux nerveuse à des époques plus ou moins rapprochées. Il ne minimise pas le rôle des lésions nasales, mais elles ne sont qu'inconstantes et secondaires. Elles sont d'abord

inconstantes, ainsi la dégénérescence polypoïde de la muqueuse, ordinairement limitée au méat moyen ; la macération de la muqueuse par imbibition, qui prend un aspect plissé et blanchâtre ; les déviations crêtes et éperons de cloison qui représentent des zones particulières d'hypermotilité. Et l'auteur fait remarquer que bien des nez présentent ces lésions sans pour cela être hydrorrhéiques ; les statistiques de MOLINIE et de JOAL sont très démonstratives à ce sujet (1). Les lésions nasales sont d'autre part secondaires et l'on est bien obligé d'en convenir quand elles disparaissent avec la cessation de l'hydrorrhée, la muqueuse reprend son aspect normal, les zones hyperesthésiques disparaissent et quelquefois même la dégénérescence polypoïde.

Quant à l'explication de ces phénomènes, il rejette les théories de CHATELLIER pour lequel il s'agit d'une extravasation lymphatique par les canalicules perforants de la membrane basale ; de BOSWORTH et MACKENZIE qui invoquent une paralysie de la cinquième paire ou du sympathique cervical dont l'action est modératrice sur la sécrétion nasale ; de MOLINIE qui admet l'hypothèse d'une exosmose séreuse liée à une hypertension vasculaire provoquée elle-même par une paralysie des vaso-constricteurs dépendante d'une lésion du ganglion de Meckel ou des nerfs qui en émanent. Il admet, au contraire, comme vraisem-

(1) MOLINIE. — 42 cas de R. spasmodiques : 15 fosses nasales normales ; JOAL. — 127 cas de R. spasmodiques : 65 fois seulement des cornets hypertrophiques.

blable, une suractivité des fonctions glandulaires de la muqueuse, déterminée par une excitation anormale des filets vasomoteurs et sensitifs du nerf maxillaire supérieur, ce processus étant le plus souvent sous la dépendance d'une perturbation de l'innervation générale, comme c'est le cas chez les névropathes et chez les arthritiques nerveux.

Les lésions nasales s'expliquent alors ainsi : la rougeur de la muqueuse est due à une irritation locale par le liquide qui la baigne, la macération n'étant qu'un stade plus avancé du même processus ; les zones hyperesthésiques se trouvent aux points rétrécis de la fosse nasale et l'on retrouve là le fait banal en dermatologie du maximum des lésions et de la sensibilité aux points de frottement. C'est ce qui explique certaines améliorations obtenues par un traitement purement nasal ; la dégénérescence polypoïde n'est en réalité qu'un œdème interstitiel de la pituitaire qui disparaît sans ablation après traitement de la muqueuse, c'est-à-dire quand on a ramené la vasotonie des vaisseaux à la normale.

Nous voyons qu'ici LERMOYEZ traite dans un seul chapitre toutes les rhinites hydrorrhéiques, et qu'il semble ainsi identifier dans leur étiologie et leur physio-pathologie les différentes formes de coryza spasmodique, vaso-moteur ou autre ; ce en quoi il diffère des autres auteurs.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du coryza chronique consiste essentiellement dans l'enchifrènement, qui lui-même se décompose en deux éléments avec prédominance variable de chacun d'eux : écoulement nasal et obstruction nasale.

L'écoulement est très inégal selon les cas. Les altérations quantitatives sont communément mesurées à l'aide de l'unité mouchoir, c'est en effet ce qui frappe le plus le malade, et les cas les plus fréquents restent dans une moyenne de trois à quatre par jour ; mais quelques auteurs ont rapporté des cas d'une beaucoup plus grande abondance qui relèvent alors de l'hydrorrhée nasale.

Beaucoup plus rarement, l'on est en présence de patient se plaignant d'une sécheresse pénible, se mouchant et éternuant à sec en vain.

Les altérations qualitatives sont d'un plus grand intérêt et, abstraction faite de l'hydrorrhée nerveuse où le liquide est aqueux, les sécrétions sont muco-purulentes, sans odeur, mais épaisses et gluantes, empesant le mouchoir en séchant et formant des croûtes dans le vestibule nasal. Mais l'obstruction est

pratiquement toujours le fait prédominant. Deux faits sont en cause : la stagnation des mucosités qui encombrent le couloir nasal ; la tuméfaction de la muqueuse, particulièrement du cornet inférieur, et c'est là le fait important.

Cette obstruction est donc surtout d'ordre hyperémique, et ce sont avant tout les variations de volume du cornet inférieur qui règlent les variations de la perméabilité du nez. L'explication du fait en est donnée par la structure des tissus analogue à celle du corps caverneux de l'urèthre, à la différence cependant que dans le nez l'érection est l'état normal. On rencontre ce tissu à la tête et à la queue des cornets moyens et inférieurs ; la queue du cornet inférieur étant le gland du nez selon POIRIER. Vaso-dilatation et vaso-constriction s'y effectuent activement par des actes réflexes que commandent des nerfs vaso-moteurs émanés du ganglion sphéno-palatin (ZUCKERKAND), véritables « *nervi erigentes nasi* ». Comme il est facile de le constater, le moindre fait suffit à provoquer l'obstruction ou l'ouverture, témoin la peur du médecin qui débouche le nez du patient dans le cabinet de consultation. C'est encore ce qui explique les obstructions à bascule, passant d'une narine à l'autre en un temps très bref, bien que la déclivité de la tête y ait aussi un rôle, mais surtout nocturne.

Cet enchifrènement entraîne une série de conséquences inévitables. La respiration buccale, si gênante la nuit, qui fait que le malade ronfle, s'agite, repose mal, et se réveille la bouche sèche. Les troubles de l'odorat sont très souvent signalés ; en réalité,

il ne s'agit le plus souvent que de l'anosmie respiratoire, la fente olfactive étant plus ou moins comblée.

A la longue, cependant, l'épithélium olfactif peut s'altérer et l'anosmie devenir essentielle et à peu près incurable.

Fréquemment, des crises de migraine sont signalées et deviennent quelquefois même le facteur prédominant, venant moins d'une participation des sinus frontaux ou d'une céphalée réflexe que d'un trouble de la circulation veineuse et lymphatique. Très souvent aussi, le catarrhe naso-pharyngien se superpose avec ses reniflements, sa vomituration matinale et sa pharyngite. Des altérations de la voix peuvent apparaître, qui perd son métal, devient sourde, prenant plus ou moins les caractères de cette rhinolalie close que l'on rencontre chez les adénoïdiens.

Enfin, des troubles réflexes existent aussi : éternuements, toux spasmodique et quinteuse d'origine nasale, asthme même et plus rarement vomissements, spasmes glottiques, névralgies.

Ces phénomènes semblent dus, pour LERMOYEZ, à l'excitation des filets sensitifs du nerf maxillaire supérieur.

Pour les autres formes : coryza vaso-moteur et spasmodique, rhinorrhée, la symptomatologie est sensiblement identique. L'enchifrènement domine la scène, et sauf la brusquerie de l'accès et quelques prodromes, irritation nasale, sensation de chatouillement avec crise d'éternuements, larmoiement quelquefois, on retrouve partout l'obstruction nasale et ses consé-

quences, l'écoulement qui est souvent plus abondant et surtout plus aqueux. MENIER et GAREL signalent encore la fréquence des troubles broncho-pulmonaires associés.

L'examen objectif des fosses nasales pratiqué alors montre un aspect particulier. La rhinoscopie antérieure dévoile un nez plus ou moins encombré de muco-pus s'accumulant sur le plancher et formant des filaments muqueux allant d'une paroi à l'autre. Ce qui prouve bien qu'il y a des périodes de contact entre les deux parois. La muqueuse est épaisse, « tantôt rouge, tendue, luisante, tantôt pâle, flétrie, mamelonnée » (1). Le degré d'érection du cornet inférieur est variable entre deux examens. Des hyperémies circonscrites siégeant sur les parties antérieures ou postérieures du cornet inférieur peuvent exister et l'aspect du cornet pourra être lisse ou lobulé ; un examen au stylet permet alors d'éliminer l'hypothèse d'une polypose. Ce même stylet permettra d'obtenir la sensation si caractéristique de l'« édre-don » ; il s'enfonce comme dans un coussin de plumes. Cette manœuvre amène souvent une rétraction locale et rapide des tissus qui se reproduit à peine dans les cas de rhinite hypertrophique où la sclérose a pris part au processus et a envahi les tissus. L'épreuve de la cocaïne, et mieux encore, de l'adrénaline, donne un renseignement précieux. Tout ce qui n'est pas tissu de néo-formation se rétracte énergi-

(1) LERMOYEZ. — Article cité. — Cette remarque tend à démontrer la confusion qui existait alors entre les formes purulentes pures et allergiques mixtes.

quement et rapidement, c'est le meilleur élément qui permet le diagnostic différentiel entre la rhinite chronique et la rhinite hypertrophique.

La rhinoscopie postérieure complète ces examens. Elle montre les lésions surajoutées du catarrhe chronique naso-pharyngien et par l'image choanale qu'elle donne renseigne utilement sur l'état du nez, l'état des queues de cornet permettant une appréciation juste du catarrhe et de l'obstruction. Elles pourront être rouge violacé et lisses, ou blanchâtres avec un aspect lobulé franboisiforme ; leur volume pourra être relativement minime et d'autres fois aller jusqu'à une obstruction quasi totale des choanes.

Dans les rhinites vaso-motrices, l'endoscopie nasale montre pendant l'accès une congestion active de la muqueuse particulièrement marquée au niveau des cornets inférieurs qui, parcourus par de petits vaisseaux flexueux, combient plus ou moins la cavité et laissent sourdre un exsudat séreux. L'épreuve de la cocaïne adrénaline est nettement positive, amenant une rétraction intense. Enfin, l'exploration au stylet permet la découverte de zones d'hypersensibilité susceptibles de déclencher la crise. Les formes spasmodiques montrent fréquemment une hypertrophie, une dégénérescence myxomateuse, une crête de cloison, ou autre lésion de la muqueuse.

Dans les formes hydrorrhéiques anciennes, la muqueuse sera au contraire pâle, imbibée et comme lavée, sans rétraction à la cocaïne. Souvent, on constatera une dégénérescence œdémateuse de la pituitaire surtout sur le cornet moyen.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Malgré la bénignité du coryza chronique, le pronostic en est relativement sérieux. La vie n'est certes pas écourtée, mais elle devient par moment insupportable : « Avoir incessamment le nez bouché, la tête lourde, la gorge douloureuse ; être astreint à se moucher à tout propos ; s'enrhumer d'un coryza aigu au moindre refroidissement, ce n'est point là un sort enviable » (1).

De plus, tôt ou tard, le processus inflammatoire atteint l'oreille, déterminant à la longue une otite sèche adhésive, qui amène avec elle la surdité et les bourdonnements. Il peut gagner le larynx, brisant la carrière de ceux qui font profession de leur voix. La bronchite chronique en est souvent la conséquence et l'asystolie peut ainsi devenir la dernière étape de ce mal si bénin en apparence et si méprisé.

Le coryza chronique doit donc être traité et si ce n'est pour lui, que ce soit pour ses conséquences possibles. Livré à lui-même, il ne rétrocede jamais, tandis que bien traité il s'améliore notablement ; la guérison anatomique en est rare, mais le soulagement

(1) LERMOYEZ. — Article cité.

apporté suffit amplement à justifier les exigences de la thérapeutique.

Le diagnostic paraît facile ; cependant plusieurs écueils sont à éviter et l'on ne doit en trouver ni trop ni trop peu. Les grosses erreurs résident dans la non reconnaissance d'une adénoïdite chez l'enfant ou d'une sinusite latente chez l'adulte. De même la confusion n'est pas permise entre un coryza chronique simple et un coryza vaso-moteur ou spasmodique.

L'unilatéralité doit faire penser à une lésion locale telle qu'une déviation de cloison ou un corps étranger qui entretiennent l'infection tant que cette cause n'est pas éliminée. La syphilis tertiaire peut aussi, à son début, en imposer pour un coryza chronique ; mais la douleur et un certain gonflement extérieur doivent permettre son élimination. Une autre cause d'obstruction nasale unilatérale est presque toujours méconnue : c'est la mucocèle du sinus maxillaire, l'exsudat ne pouvant sortir du sinus qui reste clair à la diaphanoscopie ; un lavage explorateur du sinus sera donc une sage précaution dans ces cas de rhinite chronique unilatérale qui ne font point leur preuve par ailleurs.

En définitive, l'examen doit être méticuleux et ne rien négliger. Ce n'est qu'à ce prix qu'une erreur de ce genre sera évitée.

TRAITEMENT

Le traitement de ces coryzas chroniques paraît bien simple : la cautérisation. Heureusement, la thérapeutique a d'autres ressources et malheureusement les problèmes en sont autrement complexes.

Le rôle moral du médecin sera primordial. En effet, en dehors de son rôle d'encouragement et de restaurateur de l'énergie du malade, il devra prendre sur son patient une influence suffisante pour lui imposer de suivre strictement sa thérapeutique. Dans cet ordre d'idées, deux catégories de malades sont à distinguer : les indifférents, les hypocondriaques.

Les premiers ne s'inquiètent nullement de leur mal, et toute la diplomatie du thérapeute devra se déployer pour les convaincre du fait que, s'ils viennent consulter pour les oreilles ou le larynx, c'est le nez qu'il faut traiter, et cela suffisamment énergiquement pour enrayer les complications à leur début.

Les seconds, eux, n'ont d'autre pensée que leur mal; et que de diplomatie il faudra pour leur redonner confiance et calmer des craintes qui paraîtraient ridicules et enfantines à des sujets normaux !

TRAITEMENT DU CORYZA CHRONIQUE SIMPLE

I. — Traitement pathogénique

On ne peut envisager une bonne thérapeutique du coryza chronique sans une connaissance profonde de l'étiologie. Ce sera donc elle la base du traitement.

Plusieurs points de vue successifs sont à envisager. Ce sont :

- l'hygiène,
- les lésions nasales,
- les lésions viscérales,
- les maladies générales.

L'HYGIÈNE.

Les deux principes, selon KNIGHT, en seront : la correction des mauvaises habitudes du malade, et la réglementation de son alimentation.

Parmi toutes les mauvaises habitudes à écarter, la première de toutes est le tabac. Malheureusement, cette défense est peut-être la plus difficile à faire admettre. Cependant, suivant les cas, une certaine tolérance peut exister, à condition d'être en présence d'un cas peu sévère et de proscrire absolument le rejet de la fumée par le nez et l'usage du tabac à priser. L'hygiène alimentaire est aussi d'une extrême

importance, interdiction de l'alcool, sauf un usage modéré du vin et de la bière ; une grande sobriété au repas du soir ; il est bien évident que le genre de vie du malade interviendra ici pour beaucoup. La restriction en chlorure de sodium est d'une extrême importance et a été bien soulignée par JACQUET ; le régime lacté agira dans le même sens.

L'hygiène du vêtement joue aussi son rôle. Les corsets et ceintures trop serrés sont bannis, ainsi que les faux-cols trop étroits. De grandes précautions devront être prises pour éviter le refroidissement des pieds, et LERMOYEZ donne les conseils suivants : éviter de se mouiller les pieds, et pour ce, port de snow-boots par temps de neige ou de pluie ; avoir de tout temps des semelles très épaisses à ses chaussures ; renoncer aux souliers et porter des bottines à haute tige ; porter deux paires de bas l'une sur l'autre en hiver, qui, qu'elle qu'en soit l'épaisseur, protégeront mieux qu'une seule ; faire souvent laver les bas, afin que la sueur ne les imprègne jamais ; posséder au moins trois paires de bottines, deux séchant pendant le port de la troisième.

Enfin, interdire au malade cette funeste habitude que l'on rencontre si fréquemment de renifler de l'eau froide le matin au cours de la toilette ; l'eau pure, nettement hypotonique, détermine un violent courant d'endosmose au travers de la pituitaire qui altère profondément l'épithélium.

Dans certains cas, l'hygiène professionnelle interviendra et jamais on ne pourra obtenir de guérison chez un malade dont le métier l'oblige habituel-

lement à respirer des poussières irritantes ; tant qu'il conservera sa profession, le pis-aller sera de conseiller le port d'un masque pendant le travail.

Reste à débattre la question du climat. La forme banale secrétante bénéficiera d'une altitude moyenne, aux environs de cinq cents mètres, la forme sèche du bord de la mer. Avant tout, l'air pur de la campagne ou d'une petite ville est désirable, et le choix n'en sera pas fait à la légère. En France, par exemple, on déconseillera l'humidité de l'Ouest, les froids rigoureux de l'Est, le Mistral de la vallée du Rhône ; par contre, la douceur du climat Sud-Ouest est particulièrement bienfaisante, à Toulouse notamment. Les enfants scrofuleux profitent bien du bord de la mer, mais selon leurs réactions on devra choisir entre les trois types de Berck, Arcachon et Cannes. Quant aux vieillards enchifrénés, ils préféreront la Côte d'Azur.

LES LÉSIONS NASALES.

La grande erreur à éviter, c'est la confusion avec une sinusite chronique ; un examen complet aidé de la diaphanoscopie doit suffire à écarter ce diagnostic. Cependant, la collusion des deux syndromes est fréquente, mais dans ce cas, le traitement doit avant tout s'adresser au sinus malade. De même une déviation du septum, des végétations adénoïdes, seront dépistées et traitées avant toute autre thérapeutique.

LÉSIONS VISCÉRALES ET MALADIES GÉNÉRALES.

C'est là que la connaissance de l'étiologie jouera son plus grand rôle, mais le traitement de ces lésions

appartient alors au médecin et non au rhinologiste. Cependant, il est indispensable à ce dernier de connaître l'influence des diverses sources minérales sur le coryza chronique. C'est bien plus par leur action sur l'économie générale que par leur rôle local qu'elles agissent, et leur indication est beaucoup plus tirée de l'état général du patient que de la maladie locale. On prescrira donc :

1°) *Aux scrofuleux* : les eaux sulfureuses de Luchon et de Cauterets, les eaux arsenicales de la Bourboule, ou encore les eaux salines de Biarritz ou Salies-de-Béarn, suivant que le bord de la mer est toléré ou non.

2°) *Aux arthritiques* : les eaux alcalines de Vichy, ou mieux salines froides de Chatel-Guyon, dont l'action laxative décongestionne énergiquement le nez.

3°) *Aux anémiques* : les eaux ferrugineuses de Forges et de Spa.

Dans le traitement local du nez, deux stations sont toutefois particulièrement efficaces en modifiant directement la muqueuse. Ce sont :

Chez les *enfants lymphatiques* à coryza chronique de type catarrhal : les eaux sulfurées salines d'Uriage, et pour les *adultes congestifs* avec poussée d'hyperémie nasale, le Mont Dore.

Secondairement, on pourra conseiller, dans les cas de *catarrhes purulents* : Allevard, Challes, St-Honoré, surtout dans les cas d'enfants nerveux ; Amélie-les-Bains et Ax, pour les adultes, se prêtant mieux à certaines manœuvres thérapeutiques ; dans les cas de

catarrhe muqueux : Salins du Jura, Salins Moutier, Salins Briscous, pour les enfants lymphatiques ; en cas d'association à des troubles intestinaux : Plombières ; à des troubles fonctionnels du foie et du rein : Brides, Contrexeville, Vittel, Evian ; à des troubles cardio-vasculaires torpides : Royat ; excitables : Bourbon-Lancy ; à des troubles variqueux : Bagnoles-de-l'Orne. *

Enfin, en cas d'hydrorrhée nasale, on conseillera le régime lacto-végétarien, avec une cure de diurèse dans les Vosges, à Contrexeville, Vittel ou Martigny.

2. — Traitement local

Le traitement local ne doit pas être systématique, et souvent un traitement trop énergique aggrave le coryza sans aucun bénéfice : « Le médecin doit avant tout se laisser guider par la façon dont réagit la muqueuse nasale, savoir varier ses prescriptions dès que leur effet commence à s'atténuer, et parfois avoir l'esprit de cesser tout traitement local, car les périodes de repos amènent souvent des améliorations inespérées ; elles remontent en tout cas le moral du patient (1) ».

Les diverses formes cliniques demandent a priori un traitement différent pour chacune d'elles : les formes hyperémiques appellent la désobstruction, tandis que les formes sécrétantes demandent le dessèchement.

(1) LERMOYEZ. — Article cité.

Cependant, avec l'appui de l'expérience qui enseigne que le nez tend à devenir plus libre, à mesure qu'il est plus propre, on peut imaginer un traitement local type. Ce sera : déboucher et nettoyer le nez.

Il faudra diminuer la congestion locale en même temps que rétablir le fonctionnement normal des glandes. La douceur est de règle dans tous ces actes, et l'on ne peut que déplorer l'emploi de méthodes destructrices violentes par certains spécialistes.

On fera cesser l'enclouement en débarrassant les fosses nasales de leurs mucosités. Pour cela, il faut bien expliquer au malade de ne pas se moucher avec une trop grande énergie, les efforts exagérés augmentent l'hyperémie nasale et éternisent le coryza.

« On doit leur apprendre à se moucher rationnellement : alternativement, fermer une narine en l'aplatissant avec un doigt et souffler fortement par l'autre côté largement béant ; c'est se moucher à la paysanne. Ainsi faisaient les seigneurs de la cour de France jusqu'à Henri III (1) ».

BALNÉATION.

C'est de tous les traitements, celui qui soulage le mieux le nez. Il répond aux deux exigences précédentes : nettoyer et déboucher. Diluant et balayant les mucosités, il provoque la rétraction des cornets. Cette balnéation sera faite selon des méthodes bien précises.

(1) LERMOYEZ. — Article cité.

1°) *Balnéations sans pression.*

Dans ce but, le seul instrument pratique est la pipette nasale dont la manœuvre est des plus simple. Certains lui préfèrent les pulvérisations, mais le débit n'en est pas suffisant pour assurer un nettoyage correct des fosses nasales.

2°) *Balnéations isotoniques.*

Le but du bain nasal n'est que le nettoyage ; il faut donc s'abstenir des solutions antiseptiques qui altèrent l'épithélium, ou des solutions astringentes à base de zinc ou d'alumine qui émoussent l'odorat. Le liquide utilisé pour ne pas être irritant et dissoudre le mucus nasal sera isotonique et alcalin.

Les meilleures solutions sont : le borate de soude à 25 0/00 ; le bicarbonate de soude à 15 0/00 ; le chlorure de sodium à 7 0/00 quoique un peu irritant et très mal accueilli par l'oreille si elle y pénètre. Les poudres composées sont à rejeter, du fait de leur composition complexe ; l'on en ignore, en effet, le coefficient isotonique. L'eau boriquée doit de même disparaître de la pratique ainsi que les néfastes lavages du nez pratiqués dans les stations thermales et dont l'hypotonicité provoque un véritable coryza thermal. Cependant les lavages sulfureux en sont exceptés comme donnant d'excellents résultats chez les scrofuleux à sécrétion muco-purulente abondante. Le monosulfure de sodium sera l'agent de choix ; on versera dans un litre d'eau bouillie une demi-cuillerée à café du mélange :

Monosulfure de sodium.....	10 gr.
Eau distillée	50 gr.
Glycérine	150 gr.

solution à laquelle on ajoutera 7 grammes de chlorure de sodium pour la rendre isotonique.

3°) *Balnéations très chaudes.*

Le bain nasal doit être pris à la plus haute température possible. On débute à 35° et, peu à peu, on s'entraîne jusqu'à supporter une température de 45° et 48°. Plus le bain est chaud, mieux il agit ; la chaleur décongestionne la muqueuse et stimule l'activité phagocytaire. Ce procédé convient donc même aux formes hyperémiques non sécrétantes.

Trois balnéations par jour suffisent, une le matin, une à midi et une autre le soir avant de se coucher. Après ces bains, le malade doit éviter absolument de respirer un air froid pendant au moins une demi-heure.

Pendant ce traitement, la surveillance de la muqueuse ne doit pas cesser de façon à pouvoir interrompre le traitement dès que l'on constate un certain œdème du cornet inférieur, ou quand l'olfactomètre révèle un affaiblissement de l'odorat.

Certains auteurs préconisent la douche naso-pharyngienne ou les irrigations avec une solution de sels de Vichy à 15 0/00, excellent dissolvant des mucosités. Mais ces pratiques tendent à disparaître et ne peuvent en tout cas être poursuivies que pendant une courte période, en raison du danger que provoque la trop grande abondance de liquide.

APPLICATIONS TOPIQUES.

Si, dans les formes légères, les méthodes précédentes suffisent, elles seront notoirement insuffisantes, dans les cas déjà anciens. Il faudra leur adjoindre des applications topiques astringentes, antiseptiques ou caustiques.

Deux points de vue sont alors à envisager :

1°) Le malade ne peut être suivi et se traitera lui-même chez lui ;

2°) Le malade peut être suivi et le médecin procède lui-même au traitement.

Dans le premier cas, plusieurs méthodes d'auto-traitement pourront être pratiquées. Cependant, même dans ce cas, le malade devra rester sous surveillance médicale et reviendra régulièrement en visite tous les deux ou trois mois.

Ces méthodes sont :

A) *Les pommades.*

Leur usage est tombé dans le domaine public, particulièrement celui de la vaseline boriquée, remède inoffensif mais bien anodin. Il suffira dans les cas légers avec une instillation matin et soir. Cependant, dans deux cas particuliers, les pommades sont réellement utiles :

— en cas de présence de croûtes dans le vestibule nasal ;

— dans les formes sèches avec sensation de brûlure et de picotement.

Les cas sérieux n'en bénéficieront pas, le nez est

trop bouché ou les sécrétions sont trop abondantes, et la pommade ne pénètre pas assez profondément ou est tout de suite balayée.

L'excipient sera la vaseline pure, et seules les substances actives incolores pourront y être incorporées : l'iodol brun ou le dermatol jaune laissent des taches sur le linge qui déplaisent aux malades. Les antiseptiques utilisés seront : le salol, la résorcine et surtout le sozoïdol de soude, tous trois au 1/50. Toutefois, leur incorporation aux corps gras leur fait perdre la meilleure partie de leur pouvoir bactéricide.

La classique vaseline boriquée reste donc la pommade de choix.

Vaseline blanche.....	40 gr.
Acide borique pulvérisé.....	8 gr.
Menthol	0 gr. 20

le menthol produisant une sensation de fraîcheur, en même temps qu'une légère rétraction des cornets.

B) *Pulvérisations liquides.*

Ces pulvérisations sont toujours discrètes et ne peuvent être chaudes à cause du refroidissement dû à la détente ; elles ne peuvent donc remplacer le bain et nettoyer correctement le nez. Elles sont, cependant, souvent utiles dans les formes sèches où elles entretiennent l'humidité ; dans les formes humides, à condition d'être précédées d'un bain où elles pourront réussir à modifier la muqueuse. Leur emploi ne sera prescrit toutefois qu'après échec des bains seuls.

Les solutions huileuses ne sont pas miscibles à l'eau

et semblent a priori inutiles ; cependant, le bénéfice doit en être considérable si l'on en juge par la vogue dont elles jouissent aux Etats-Unis. Les huiles minérales : vapoléine, albolène, y sont utilisées, auxquelles on incorpore du menthol, de l'eucalyptus, du cinnamol, du goménol. Ainsi vernissées, les pituitaires de New-York supportent certainement mieux les fumées de la ville.

Cependant, en France, on utilise les solutions aqueuses ; dans ces solutions on éliminera les astringents : alun ou sulfate de zinc ; leur action est dangereuse pour l'odorat, la cocaïne qui débloque trop bien le nez et amène l'accoutumance, l'adrénaline à cause de son effet secondaire. Les antiseptiques, par contre, donnent d'assez bons résultats. En Angleterre, les pulvérisations phéniquées faibles sont en grande vogue, ainsi que la solution de Dobbel :

Borate de soude.....	7 gr.
Bicarbonate de soude.....	7 gr.
Glycérine phéniquée à 1/20 ^e ...	15 gr.
Eau	30 gr.

Les sels d'argent sont malgré tout les meilleurs modificateurs de la muqueuse. La solution de nitrate d'argent au 1/100 est classique, mais elle provoque une sensation de cuisson dans le nez et laisse des taches noires à l'entrée du vestibule. Les sels organiques échappant à ces inconvénients, notamment le protargol à 1/20, paraissent être la méthode de choix.

C) *Insufflations de poudres.*

Plus actif que les traitements précédents, ce dernier est réservé aux cas tenaces. Les poudres insolubles à base de talc et d'amidon, avec adjonction d'iodol, de dermatol, d'aristol, d'émophène, doivent être sévèrement interdites. « Il serait vraiment étrange de prétendre guérir par l'insufflation de poussières, une affection qui a comme principale cause l'inspiration de poussières » (1).

L'excipient sera donc très soluble : sucre de lait ou borate de soude sont également bons.

La substance active sera astringente ou caustique et l'on essaiera successivement l'acéto-tartrate d'alumine à 2 %, le sozoïdol de soude à 2 %, le tétraborate de soude à 50 %, le nitrate d'argent à 1 ou 2 %. ZARNIKO recommande :

Menthol	0 gr. 20
Tétraborate de soude	5 gr.
Sucre de lait	5 gr.

LUBET-BARBON et SARREMONE préconisent l'acide borique finement cristallisé comme pénétrant moins facilement dans les sinus, tout en excitant violemment la sécrétion de la pituitaire dont le mucus balaie ainsi les croûtes et dégage le nez. Les insufflations de nitrate d'argent ont l'inconvénient de noircir l'entrée du nez et de tacher les mouchoirs, et de plus l'excipient ne peut en être que la poudre insoluble de talc.

GAREL préfère une poudre composée en parties

(1) LERMOYEZ. — Article cité.

égales d'acide borique et de salicylate de bismuth. D'autres enfin, préconisent l'emploi de l'acide tannique et du tannate d'alumine :

Tannate d'alumine.....	4 gr.
Menthol	0 gr. 20
Lactose	6 gr.

Dans l'usage de ces poudres, certaines précautions sont à retenir, surtout chez les sujets nerveux. Selon les cas, le nombre des insufflations quotidiennes variera de deux à huit. Mais si, ainsi qu'il n'est pas rare, ces insufflations provoquent de violents étternuements accompagnés de céphalalgie frontale, une le matin et une le soir suffiront, en ne pratiquant pas dans une même séance le traitement des deux fosses nasales. Néanmoins, même dans ces conditions, ce traitement n'est pas toujours bien supporté et est souvent très pénible. Il est utilisé surtout en Allemagne et LERMOYER préfère s'en tenir aux balnéations alcalines chaudes accompagnées ou non de pulvérisations protargolées qui lui ont toujours donné de bons résultats.

D) *Badigeonnages.*

Bien plus efficace que les précédents, ce procédé exige que le patient reste à la disposition du spécialiste qui seul peut l'appliquer.

Une légère cocaïnisation préalable est nécessaire. Une pulvérisation d'une solution à 1 % est suffisante, ouvrant les fosses nasales et faisant mieux supporter le contact du porte-coton. L'application sera répétée, prolongée, méthodique. Un peu de massage vibratoire aidera avantageusement dans bien des cas.

Dans les formes atones, avec sécheresse prédominante et tendance aux croûtes, on emploiera l'iode avec la glycérine pour excipient. On commence avec la solution à 1 % pour atteindre 2 %, s'il n'y a pas d'intolérance, soit :

	Solution 1	Solution 2
Iode	0 gr. 50	1 gr.
Iodure de potassium..	1 gr. 50	3 gr.
Glycérine pure	100 gr.	100 gr.
Menthol	0 gr. 50	0 gr. 50

Son effet est assez désagréable, avec une abondante sécrétion de mucus et une sensation de plénitude dans la tête durant plusieurs heures. Cette thérapeutique n'interviendra donc qu'à bon escient.

Les formes catarrhales purulentes abondantes préfèrent le nitrate d'argent en solution dans l'eau distillée. On commence par une solution à 1 % pour aller jusqu'à 5 %, qui ne devra pratiquement pas être dépassée. La réaction provoquée est souvent très vive; aussi préfère-t-on y substituer le protargol absolument indifférent au nez, même jusqu'à 10 %, et amenant d'aussi bons effets. Ce corps n'en est cependant pas moins actif et demande à être manié avec une grande prudence.

Si deux à trois séances par semaine suffisent dans les cas ordinaires, en maintenant le traitement pendant un mois et demi, dans les cas tenaces on ne doit pas hésiter à répéter les badigeonnages et à en faire jusqu'à 10 par jour. On observera des périodes de repos qui permettront de juger des résultats obtenus ;

s'ils sont satisfaisants, on maintiendra uniquement des bains chauds ou des pulvérisations huileuses. En cas de rechute, on refait une série de badigeonnages en utilisant un produit différent. Dans tous ces cas, les balnéations nasales seront maintenues pendant toute la durée du traitement. Enfin si, après deux ou trois reprises, on n'obtient aucun résultat, mieux vaut s'abstenir pendant plusieurs mois et une cure thermique peut alors être envisagée, ne serait-ce que pour son effet moral.

E) *Aérothermie.*

Les insufflations d'air chaud, selon la méthode de LERMOYEZ et MAHU, donnent souvent de bons résultats, notamment dans les formes congestives à bascule et dans les formes sécrétoires, quoique, en cas de muco-purulence, les résultats soient beaucoup moins sûrs. Plus l'élément vaso-moteur prédomine sur l'élément infectieux, plus l'amélioration obtenue est satisfaisante.

Six à huit applications à 48 heures d'intervalle amènent habituellement une désobstruction manifeste. Après un repos de 15 jours, une nouvelle série de 4 à 6 séances n'amènera peut-être pas une guérison définitive, mais en tout cas une amélioration prolongée.

La durée de chaque séance variera suivant les susceptibilités de chacun, avec un maximum d'une minute pour chaque fosse nasale. L'insufflation devra pénétrer le plus loin possible dans le couloir nasal et, petit à petit, on arrivera à atteindre les queues de cornet.

F) *Cautérisation.*

Pour LERMOYEZ, cette méthode ne sera jamais que « l'ultima ratio », à n'utiliser qu'après l'échec de toutes les autres.

Elles s'adressent surtout aux formes congestives, avec gros cornets évoluant vers la rhinite hypertrophique, et alors la galvanocaustie sera la plus simple et la plus logique des cautérisations, à l'exclusion des caustiques solides : nitrate d'argent, acide trichloracétique ou acide chromique qui détruisent beaucoup plus qu'ils ne modifient les tissus.

Cette thérapeutique des caustiques n'est cependant pas rejetée par tous et l'école allemande l'utilise beaucoup.

TRAITEMENT DES RHINITES HYPERTROPHIQUES

Les rhinites hypertrophiques n'étant véritablement qu'une complication de coryza chronique, le traitement général, se basant sur l'étiologie, sera le même pour les deux formes.

Quant au traitement local, il est beaucoup plus simple que le précédent. Le but en étant avant tout la désobstruction des voies nasales, certains conseillent le tubage nasal. On commence la dilatation par des tiges de laminaria, par des éponges préparées, ou même avec des lames de celluloïd. Mais le tubage lui-même a une action plus durable, il se pratique à l'aide de sondes pleines en gomme ou encore de tubes

en caoutchouc ou en métal. GOODWILLIE, en 1890, et ultérieurement PETER et J. GIBBONS, ont préconisé cette méthode. J. GIBBONS a fait construire une série de tubes à section plus haute que large et perforés suivant la longueur d'une infinité de petits trous permettant le contact de l'air avec la muqueuse. Ils peuvent être laissés à demeure grâce à leur extrémité antérieure recourbée.

Mais les méthodes destructives par les procédés électriques jouissent d'une plus grande notoriété. En premier lieu, on signalera l'électrolyse, soit à l'aide de plaques métalliques isolées sur l'une de leurs faces (GARIGOU — DESARENES), soit à l'aide d'aiguilles implantées dans l'épaisseur des tissus (MIOT). Ce dernier procédé paraissant supérieur même à la galvanocaustie.

La méthode galvanocaustique est souvent d'un bon effet et l'application en est simple et facile. L'anesthésie locale bien faite, l'acte chirurgical est absolument insensible. La raie de feu sera faite d'arrière en avant en appuyant suffisamment, de façon à obtenir le contact osseux sur la face interne et sur la face inférieure du cornet. Il faut prendre grand soin d'éviter les lésions de la cloison pour ne pas former de synéchies. Enfin, la température du cautère sera modérée, de façon à ne pas provoquer d'hémorragie secondaire.

Dans les cas d'hypertrophie nettement lobulée, de simples cautérisations linéaires sont insuffisantes et l'on a recours à l'anse galvanocaustique. Après anesthésie, dans laquelle on évite l'adrénaline qui provo-

querait une rétraction trop intense et des hémorragies secondaires, on procède par petits coups répétés, de façon à assurer une bonne hémostase.

Dans certains cas d'obstruction intense, on intervient sur la lamelle osseuse même par turbinotomie partielle ou totale. Les queues de cornet devront de même être supprimées chirurgicalement à l'anse froide ou galvanique, avec les mêmes précautions à prendre dans l'anesthésie vis-à-vis de l'adrénaline, qui pourrait ici être encore plus gênante en faisant disparaître momentanément le but de l'opération.

TRAITEMENT DES RHINITES VASO-MOTRICES

Là encore, les précautions générales sont les mêmes et une amélioration de l'état général est bien souvent tout ou partie du traitement local. Nous ne répéterons donc pas ce que nous avons déjà dit au début de ce chapitre.

L'origine diathésique, névropathique ou viscérale de l'affection guide ce traitement qui est beaucoup plus du ressort de la médecine générale que de la spécialité.

Cependant, chaque variété a ses prescriptions particulières.

A. — **Traitement du coryza vaso-moteur**

1. — TRAITEMENT DE LA CRISE.

Les inhalations répétées de vapeurs de chloroforme

mentholé au 1/5 ou d'alcool mentholé au 1/10 luttent avantageusement contre l'obstruction nasale, et il suffit d'en faire chauffer légèrement quelques gouttes dans une cuillère à café placée au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Les pulvérisations d'huile mentholée au 1/20 sont encore excellentes. Toutefois, la cocaïne en poudre ou en solution, sera préférable.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50
Menthol cristallisé.....	0 gr. 25
Lactose	10 gr.

en insufflations nasales trois fois par jour. Ou plus simplement, des pulvérisations d'une solution de cocaïne à 1/100.

Quoique l'effet de l'adrénaline soit encore de beaucoup le meilleur, ce sera le médicament héroïque de la crise et l'emploi en sera d'une prudence extrême vu sa toxicité. On utilisera des pulvérisations de la solution au 1/2000 répétées deux fois dans les 24 heures.

2. — TRAITEMENT EN DEHORS DE LA CRISE.

Ce sera le traitement de toutes les malformations nasales hypertrophiques, myxomes, crêtes de cloison, etc... Quelquefois, en l'absence de toute lésion visible, des cautérisations profondes au galvanocautère en différents points de la muqueuse du cornet inférieur amènent une amélioration.

B. — Traitement de l'hydropneumonie nasale vraie

1. — TRAITEMENT DE L'ACCÈS.

Ce sera le même que précédemment, avec les pulvérisations de cocaïne au 1/100 ou d'adrénaline au 1/2000, ou encore le traitement atropo-strychnique de LERMOYEZ.

2. — TRAITEMENT EN DEHORS DE L'ACCÈS.

Selon LERMOYEZ, le traitement général est d'un effet le plus souvent inefficace, parce que trop long. Le traitement local ne tenant pas compte de l'état général aboutit de même, et si quelques résultats heureux ont été obtenus par la galvano-cautérisation ou l'électrolyse bipolaire, l'ensemble en est trop infidèle, les statistiques de GAREL et de MOLINIE en font foi (1). Quant aux traitements plus énergiques : décortication et tubinotomie, ils ne peuvent être tolérés qu'en cas d'obstruction nasale fixe ; les résultats en sont d'ailleurs peu brillants (2).

Au contraire, le traitement atropo-strychnique prend pour base la physio-pathologie et à tout considérer est inoffensif.

On prescrit le sirop suivant :

Sulfate d'atropine.....	5 mgr.
Sulfate de strychnine.....	5 cgr.
Sirop d'écorce d'orange amère.	400 gr.

(1) MOLINIE. — 39 cas traités — 6 guérisons.

GAREL. — 97 cas traités — 4 guérisons.

(2) Statistique de BERBINEAU — 16 cas traités — 4 guéris.

administré en mangeant au milieu du repas. Pendant 10 jours, prendre une cuillère à soupe au déjeuner ; les 10 jours suivants, une cuillère à soupe au déjeuner et une autre au dîner. Exceptionnellement, on fera prendre trois cuillères à soupe quotidiennes pendant une troisième décade. Mais il est préférable de recommencer un second traitement de 20 jours, après 15 jours de repos. Pendant cette même période, aucun traitement local ne sera pratiqué, si ce n'est l'application d'une pommade anodine (1).

Le traitement aéro-thermique, selon la méthode de LERMOYEZ et MAHU, a donné aussi d'excellents résultats.

Les cautérisations linéaires paraissent recommandables à certains. Les excroissances myxomateuses seront sectionnées au serre-nœud, brûlées au cautère ou curettées. Dans quelques cas même, la décortication totale sera pratiquée selon MOLINIE.

Enfin, là encore on devra tenir un grand compte d'un traitement général approprié aux diathèses existantes et tendant à modifier le terrain neuro-arthritique.

C. — Traitement du coryza spasmodique

Il devra être avant tout prophylactique, mieux vaut prévenir que guérir. Le malade fuira donc la cam-

(1) LERMOYEZ publie une statistique portant sur 42 malades. 1^{er} groupe de 15 malades (traitement local unique) : 2 guérisons. 2^e groupe de 27 malades (méthode atropo-strychnique) : 13 n'ont pu être suivis. Sur le reste, 10 guérisons, 4 échecs (chez lesquels 2 guérisons ont été obtenues par traitement local).

pagne au printemps, et, si cela est impossible, les sorties ne se feront que le soir à la tombée de la nuit. Le port de lunettes fumées peut être utile contre la lumière trop vive du soleil. Un tampon d'ouate dans chaque narine arrêtera la pénétration des particules irritantes, ou bien des pulvérisations d'huile de vaseline formeront un vernis isolant sur la pituitaire. Le séjour au bord de la mer ou à une altitude élevée sera peut être la meilleure mesure prophylactique à adopter. Une médication anti-arthritique et anti-spasmodique, de même qu'une cure thermique seront d'excellents adjuvants au traitement local.

La médication de la crise sera la cocaïne :

Hydrachlorate de cocaïne.....	10 cgr.
Benjoin pulvérisé	20 cgr.
Sous-nitrate de Bismuth.....	5 gr.

ou :

Chlorhydrate de cocaïne.....	15 cgr.
Acide borique	2 gr.
Salicylate de soude.....	2 gr. 50

ou encore :

- le chloroforme mentholé,
- l'orthoforme en insufflation,
- l'adrénaline, sous forme de spray alcalin pour le nez et la gorge,
- l'extrait de capsules surrénales.

GAREL signale l'effet chez quelques-uns de ses malades de sulfate de quinine à doses fréquentes, sans donner plus de renseignements.

En dehors de la crise, on emploiera la méthode

atropo-strychnique et l'aérothermie de LERMOYEZ et MAHU. HEYMANN prétend utiliser avec succès la médication thyroïdienne surtout en traitement préventif.

Plusieurs auteurs s'attaquent à l'antre d'Higmore qu'ils tiennent pour responsable. FINK injecte de l'aristol dans le sinus et SHADLE procède de même à des lavages médicamenteux, mais les résultats semblent douteux à beaucoup.

Enfin, on ne doit pas oublier la « Pollantine » de DUNBAR, sérum spécifique fabriqué à l'aide du pollen des graminées et exclusivement employé dans les fosses nasales et sur la conjonctive. Cette pollantine se prend en prises par les fosses nasales et se dépose au pinceau au-dedans de la paupière inférieure abaissée. On commence au lever et on continue à plusieurs reprises, tant que l'accès résiste à la médication. D'excellents résultats (1) ont été obtenus, quoique beaucoup de cas résistent au traitement.

A Lyon, le sérum préparé par MALTET, sous le nom de sérum collyre de BILLARD et MALTET, a donné quelques succès en instillation de 1 goutte simplement dans l'angle interne des yeux.

A signaler le graminal préconisé par AVELLIS.

Mais devant l'inconstance des résultats obtenus avec toutes ces substances, GAREL préfère le traitement chirurgical. Et si la turbinotomie proposée par BARBINEAU lui semble hors de cause, les galvano-cautérisations du cornet inférieur, répétées tous les 15 jours,

(1) Selon ZARNIKO en 1909, sur 500 cas traités, tant en Europe qu'en Amérique, 61 % de succès.

lui donnent de bons résultats. Mais la protection ne dure malheureusement pas au-delà de deux semaines. L'affection ne dépassant guère six semaines dans les Hay Fever, trois à quatre séances doivent suffire. Il est bon d'intercaler des insufflations d'aristol pendant les jours qui suivent les cautérisations. AVELLIS est du même avis, mais SAJOUS préfère les cautérisations avec l'aide acétique glacial. STEIN de Chicago préconise les injections d'alcool sous la muqueuse, tandis que MOURE et BRINDEL utilisent l'injection interstitielle de paraffine dans les cornets.

LES TRAVAUX DE WIDAL ET DE SON ÉCOLE

Avant de passer à l'étude de l'époque actuelle, il nous faut dire un mot des travaux de WIDAL et de son école et particulièrement de la thèse de son élève Jacques LERMOYEZ.

En étudiant l'anaphylaxie, WIDAL s'intéressa à sa conception physique si bien qu'en 1913, avec ABRAMI et BRISSAUD, il met en évidence dans l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* en premier lieu, puis dans l'urticaire avec JOLTRAIN et dans l'asthme avec M. LERMOYEZ et JOLTRAIN, des modifications sanguines profondes et transitoires ; c'est la découverte de la crise hémoclasique initiale. Cette crise précède les accidents cliniques et est même terminée quand ces derniers apparaissent. Les éléments en sont une leucopénie brusque, une chute de la pression artérielle, une hypercoagulabilité sanguine, une raréfaction des hématoblastes avec irrétractilité et redissolution du caillot, une baisse de l'indice réfractométrique du sérum et enfin la rutilance du sang. Mais tous ces éléments ne sont pas indispensables et dans la pratique courante il suffit de la tension artérielle, de la for-

mule leucocytaire et surtout de la leucopénie pour suivre l'évolution de la maladie.

Cette découverte permit de reconnaître l'équivalence clinique de ces différentes affections auxquelles s'ajouta bientôt la rhinite vaso-motrice.

Cependant, jusqu'en 1922 l'identité de nature entre les coryzas vasomoteurs périodiques et apériodiques était loin d'être admise et si quelques-uns, tels que GAREL et MOLINIE, l'affirmaient, le plus grand nombre était d'un avis contraire. C'est ce qui fait l'importance de la thèse de Jacques LERMOYEZ où il prouva cette identité en démontrant l'existence du choc hémoclasique dans les coryzas apériodiques. Il prouva ainsi que ces deux formes de coryza sont des phénomènes de choc, au même titre que l'anaphylaxie, s'apparentant étroitement à l'asthme et à ses équivalents dans lesquels on devait même les faire entrer.

Après une très belle étude de la symptomatologie de ces coryzas auxquels il refuse l'appellation de rhinite, l'élément infectieux n'y existant sous aucune forme, Jacques LERMOYEZ traite de la cuti-réaction qui, découverte par hasard bien avant cette époque, n'était encore qu'une curiosité à laquelle on n'attachait pas une grande importance. Ce phénomène lui semble au contraire d'un intérêt primordial et il en fait l'élément principal de la recherche des allergènes en cause, sans la connaissance desquels la thérapeutique anticlasique, qu'il préconise comme la seule réellement judicieuse, est impossible. Après une brève étude du coryza périodique où le seul allergène en cause est le pollen des graminées, il se sert d'obser-

ventions de malades pour étudier les coryzas apériodiques et particulièrement leur étiologie. De nombreux éléments sont en cause et il développe le rôle : dans les coryzas par inhalation, des émanations animales, des poudres végétales, des substances cristalloïdes médicamenteuses ; dans les coryzas par injection, des injections sous-cutanées de sérum, des injections intra-veineuses de novarsénobenzol ; il cite encore le rôle du froid et de causes multiples où plusieurs facteurs agissent simultanément. Enfin il appuie fortement sur le rôle de la thérapeutique anticlassique qui semble la seule rationnelle sans cependant perdre de vue les autres traitements et particulièrement l'opothérapie endocrinienne et les interventions sur le système nerveux organo-végétatif (sympathique et para-sympathique).

En définitive, ses conclusions sont :

1°) « Le coryza spasmodique, syndrome clinique nettement individualisé, ne doit pas être considéré comme une affection locale due à l'action directe sur une muqueuse nasale hyperexcitable d'un agent irritant physique ou chimique. Le coryza spasmodique est une manifestation locale d'un trouble qui intéresse l'organisme tout entier : ce trouble c'est le processus physique de choc dont l'existence nous a été révélée par les travaux de MM. WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD et auquel ces auteurs ont donné le nom de colloïdoclasie ». Le fait en est démontré par la crise hémoclasique initiale, la thérapeutique anticlassique et l'épreuve des cuti-réactions.

2°) L'existence de ces différents critères dans les

différentes variétés de coryzas spasmodiques est une preuve de leur unité déjà soutenue par GAREL et MOLINIE.

3°) « Le coryza spasmodique étant un accident de choc, on peut lorsque la cause est inévitable, lui appliquer le traitement anticlassique qui compte à son actif de nombreux cas démonstratifs de guérison ou d'amélioration ».

4°) Ce traitement n'est pas exclusif. Les travaux récents ont montré le rôle joué dans les phénomènes de choc par les endocrines et le système nerveux organo-végétatif. C'est là que se trouve l'explication des heureux résultats de l'opothérapie thyroïdienne en particulier, d'un traitement local modificateur de la sensibilité de la muqueuse nasale et de la médication agissant sur le sympathique ou le para-sympathique.

LES CONCEPTIONS ACTUELLES

Dans les ouvrages récents, on voit encore les différentes rhinites traitées dans des chapitres totalement indépendants les uns des autres. On peut voir par exemple l'hydrorrhée nasale, d'une part, et les coryzas vasomoteurs ou spasmodiques d'autre part, traités dans deux chapitres différents d'une première partie d'un ouvrage, tandis que dans une seconde partie se trouvent deux nouveaux chapitres, parmi d'autres, traitant des rhinites purulentes et des rhinites hypertrophiques, et cela sans relation d'aucune sorte entre eux.

Cette classification nous semble étonnante. En effet, ces différentes maladies s'extériorisent par des syndromes extrêmement proches les uns des autres. Et nous allons voir qu'ils ne forment pratiquement plus maintenant qu'une seule et même chose, un seul et même chapitre : celui des rhinites chroniques. Ce chapitre se subdivise en trois grands sous-chapitres :

A. — LES RHINITES CHRONIQUES SPÉCIFIQUES, comprenant :

- Les rhinites d'origine tuberculeuse,
- Les rhinites d'origine syphilitique,

- Les rhinites d'origine néoplasique,
- Les rhinites d'origine mycosique,
- Les rhinites d'origine lépreuse,
- Les rhinites d'origine morveuse,
- Le rhino-sclérome,

mais toutes faisant partie intégrante d'une maladie locale ou générale bien particulière et qui sort de notre sujet.

B. — LES RHINITES CHRONIQUES ATROPHIQUES, comprenant :

- Les rhinites chroniques atrophiques simples,
- L'ozène,

que nous ne nous proposons pas d'étudier.

C. — LES RHINITES CHRONIQUES SIMPLES.

Ce sont les seules qui nous intéressent ici et qui se subdiviseront elles-mêmes en :

a) *Rhinites chroniques sèches*

qui ne sont en réalité qu'une forme de transition avant d'arriver au stade de rhinite atrophique, ou qui peuvent encore représenter un épisode aigu des formes sécrétantes.

b) *Rhinites chroniques sécrétantes*, qui comprennent :

1°) *Rhinites chroniques purulentes pures*, qui seront dues à une infection nasale directe ou à une sinusite sous-jacente. De celles-ci et des suivantes, on pourrait

peut-être détacher les rhinites muco-purulentes, véritable forme de passage, qui ne seront en réalité la plupart du temps que la forme hydropurulente avec infection secondaire surajoutée.

2°) *Rhinites chroniques hydropurulentes*, comprenant :

- les sinuso-hydropurulentes,
- les cranio-hydropurulentes,
- les hydropurulentes nasales vraies,

cette dernière forme représentant les rhinites allergiques autrefois appelées : coryza vaso-moteur, ou spasmodique, et qui seules entrent dans le cadre de notre ouvrage.

c) *Rhinites chroniques hypertrophiques*,

qui en réalité forment à peine un paragraphe à part, n'étant qu'un stade terminal des formes précédentes.

Cette nomenclature est certainement beaucoup plus proche de la vérité et représente beaucoup mieux l'interrelation de toutes ces différentes formes qui ne sont toutes que l'état de maladie d'un même système anatomique s'extériorisant sous des aspects divers mais proches.

ETIOLOGIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE

Nous allons voir qu'ici bien peu de choses ont varié depuis le début du siècle.

Si nous considérons les rhinites chroniques, ce qui importe avant tout ce sont les prédispositions locales et générales. Ces prédispositions locales, congénitales ou acquises sont d'une très grande importance. En effet, il est bien rare de constater la présence d'une rhinite dans un nez normal, il est vrai d'ailleurs que ce qui est encore plus rare, c'est de trouver un nez exempt de toute tare. Le rétrécissement d'une fosse nasale, quelle qu'en soit la cause éperon, déviation du septum ou toute autre, explique fort bien qu'une infection accidentelle se fixe là mieux qu'ailleurs. Une fois en place, l'infection provoque l'irritation de la muqueuse qui va réagir par une hyperémie et par une hypersécrétion, provoquant aussi un certain degré d'obstruction. Cette obstruction qui ailleurs ne serait peut-être pas très dommageable, le devient beaucoup du fait du rétrécissement du passage. Le pus et les mucosités stagnent installant une obstruction quasi totale, les microbes y vont pulluler, l'irritation locale ira grandissante, et l'on assiste ainsi à la

formation d'un cercle vicieux qu'il sera très difficile de rompre.

Cette rupture ne pourra être obtenue que par l'amélioration du drainage et par le rétablissement du passage de l'air. Quels vont être les moyens à utiliser pour obtenir ce résultat ? Le reniflement, mais sans compter son peu d'élégance, ainsi que le décrit si bien LERMOYEZ, cette aspiration thoracique va provoquer un vide en arrière de la partie rétrécie, vide qui ne pourra être comblé par l'apport de l'air extérieur, le passage étant totalement ou partiellement obstrué, d'où hyperémie et stase sanguine grandissante qui gonflera les queues de cornet, augmentera l'obstruction et même quelquefois phénomène du vacuum sinus provoqué qui amènera une nouvelle douleur et un nouveau mal à vaincre. Le mouchage, mais là encore les mêmes remarques ont été faites, avec ce fait en plus qu'une manœuvre trop énergique pourra souvent polluer un sinus jusque-là indemne et provoquer l'apparition d'une sinusite secondaire. Quant aux thérapeutiques médicamenteuses, quelle peine éprouverons-nous pour arriver à les faire pénétrer jusqu'à l'endroit désirable ?

Et si, à ce schéma viennent s'ajouter des prédispositions générales, devons-nous nous étonner de la ténacité d'une telle affection et des innombrables échecs éprouvés ? Ces prédispositions générales sont certainement d'une très grande influence, et, sans aller, peut-être, chercher aussi loin que le faisait l'époque de LERMOYEZ en faisant intervenir presque toute l'économie humaine, nous admettons le rôle « des dia-

thèses et de l'arthritisme », nous disons actuellement le rôle du système nerveux végétatif, des endocrines, de l'équilibre ionique, mais la terminologie seule a changé, le fond est le même, qui nous semble surtout exister dans les rhinites allergiques. Mais l'allergie, quelle en est donc la part ? Il nous semble bien actuellement que son rôle est beaucoup plus étendu que ne le croyait nos prédécesseurs. Ce n'est, en effet, pas une raison parce que l'allergène sensibilisant n'est pas découvert qu'il faille repousser l'idée de son existence, et il paraît probable qu'à l'origine du plus grand nombre de coryzas trainants, rebelles à tout traitement pendant des années et des années, il soit nécessaire de donner une part à l'allergie. Ces coryzas sont purulents, nous dira-t-on, cela est vrai et rien n'empêche une infection secondaire de s'établir sur un terrain allergique, même de développer et d'exacerber cette allergie.

Un autre point de vue est encore à considérer, c'est que rien ne s'oppose à ce que le microbe, soit lui-même l'allergène, ce qui permet d'expliquer la remarque faite par LERMOYEZ :

— Que l'on ne trouve jamais de corps microbien dans l'épaisseur de la muqueuse. Cette remarque ne doit d'ailleurs pas être aussi absolue, car des microbes ont été retrouvés dans la pituitaire, mais siégeant le plus souvent dans la membrane basale.

Pour nous, il est fort probable que ces formes de coryzas chroniques muco-purulentes ne sont que des formes mixtes, l'allergie étant primitive et une infection secondaire s'étant développée sur un terrain

favorable en tout point. Car si le rôle des malformations locales se conçoit aisément dans le cas des infections aiguës et chroniques, il se conçoit tout aussi bien pour l'allergie. En effet, ces malformations, causes de rétrécissement, sont aussi le siège de zones hyperesthésiques, comme on l'avait déjà remarqué à l'époque précédente ; elles apportent donc un point de départ et une aide à l'allergie, tout en en étant partie intégrante. L'allergie étant un phénomène essentiellement général, ce sont ces zones d'hyper-sensibilité qui créent et qui forment ce que l'on a réellement le droit d'appeler « allergie nasale ». Ce sont ces zones, véritables plaques réceptrices de l'excitation allergique, qui provoquent l'excitation des centres, de même que ce sont très certainement ces malformations qui créent et forment la prédisposition locale amenant la réaction à se faire dans la fosse nasale. Il est logique d'admettre que l'excitation partant de la muqueuse nasale, la réponse des centres y aboutisse, parce que là les lésions sont prédominantes, là est le point de moindre résistance. Quelle que soit d'ailleurs la porte d'entrée de l'allergène, son effet se fera sentir là où est la brèche dans la défense. En cas d'allergie nasale, la brèche ce sera la muqueuse nasale dont les malformations locales auront formé et entretenu la moindre résistance et formeront ainsi le point faible.

Plusieurs arguments appuient cette thèse. Nous trouvons le premier dans l'histoire de la maladie, qui presque toujours montre une évolution par crises successives où l'on retrouve comme point de départ,

toujours un même fait exprimant une sensibilisation à un allergène quelconque. Ces sensibilisants peuvent être de toute sorte, de toute catégorie. En dehors des pollens des graminées ou autres plantes, ces allergènes^s peuvent être végétaux avec les farines, les légumes sous leurs diverses formes alimentaires, les poussières, les bactéries. Ils peuvent être animaux, avec les poils des fourrures, les poussières animales, les odeurs, les albumines alimentaires ; minéraux sous forme de poussières ou de fumée intéressant alors surtout les employés des différentes industries chimiques, métallurgiques ou autres. Le froid, le climat, l'air avec les différentes particules qu'il contient : eau, iode, sel marin, etc... sont aussi fréquemment en cause. En réalité, tout peut être sensibilisant et aucune règle ni aucune explication ne peut en être donnée actuellement. Un autre argument se trouve dans la fréquence des éternuements au cours de ces crises, dans l'examen, qui presque toujours dans les cas anciens montre une muqueuse rose pâle, atone, flasque et reposant sur des tissus sclérosés, avec bien souvent un début de dégénérescence myxomateuse ou d'œdème interstitiel à forme polypoïde, deux aspects qui sont en faveur d'une allergie latente, selon les Américains.

Dès les premières études sur l'état allergique, l'éosinophilie a été trouvée constamment chez les sujets qui en sont atteints. Dans leurs nombreux travaux, les Américains ont prouvé la présence de ces éosinophiles dans le sang, dans l'épaisseur des tissus du nez, et jusque dans les sécrétions nasales des porteurs

de coryza suspects. Pour eux, même, on peut suivre la marche de l'allergie en suivant la proportion des éosinophiles et des neutrophiles dans les sécrétions, ces derniers augmentant proportionnellement en nombre en cas d'infection surajoutée. D'après LINDSAY et WALSH de Chicago, 14,9 % des cas ne peuvent faire autrement leur preuve d'allergie (1). Et dans les cas non allergiques, jamais on ne trouve plus de 1 % d'éosinophiles.

Malheureusement, en France, ces examens ne sont jamais pratiqués, et l'on peut le regretter. Enfin, comme dernier argument, nous citerons les résultats surprenants obtenus dans des cas jugés jusqu'ici incurables, par des traitements de désensibilisation générale, par le jaborandi, par l'Antergan, la dernière spécialité en date, ou plus simplement par l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin avec le liquide de Bonain.

Il n'en est pas moins vrai, cependant, que les rhinites chroniques infectieuses pures existent. Mais on en trouve pratiquement presque toujours la cause dans une affection latente d'origine sinusale chez l'adulte, dans une adénoïdite négligée ou la présence d'un corps étranger intra-nasal chez l'enfant, ou encore quelquefois dans une étroitesse particulièrement marquée des fosses nasales.

D'autres causes existent encore, mais ne sont plus que secondaires. Ainsi que LERMOYEZ le fait si bien

(1) LINDSAY et WALSH. — Nasal secretions. *Archives of otolaryngology*, Chicago, juin 1933.

remarquer, le rôle des coryzas aigus répétés n'est pas négligeable et « de la sommation des reliquats dérive le coryza chronique », mais là encore les malformations locales interviennent, et même peut-être l'allergie.

Les remarques sur l'âge et le sexe, que nous avons déjà vues précédemment, sont toujours exactes. Quant à l'hygiène, si nous admettons le rôle des intoxications et peut-être, quoique rarement, le rôle du chlorure de sodium alimentaire, il nous est beaucoup plus difficile de suivre LERMOYEZ quand il nous parle de la striction abdominale par une ceinture ou un corset ou de la striction du cou, ces conceptions nous paraissent quelque peu simplistes.

Comme nous l'avons déjà vu, par contre, au sujet des coryzas allergiques, nous le suivons quand il nous parle du rôle du froid, de la chaleur, des courants d'air, des particules irritants au contact de la muqueuse. Encore maintenant la théorie pollinique est d'actualité, quoique n'ayant plus, proportionnellement tout au moins, la même importance. De même encore pour l'influence de l'état général, du genre de vie (vie sédentaire de la bourgeoisie aisée), du climat et de l'altitude.

La théorie de LERMOYEZ tendant à expliquer le phénomène de la rhinorrhée vraie par une suractivité des fonctions glandulaires de la muqueuse reste encore la plus probable. On explique actuellement ce dysfonctionnement par un déséquilibre physiologique du système vago-sympathique. Mais quoique cette explication soit sans doute assez vraisemblable, elle ne

nous renseigne pas sur la cause de ce manque d'équilibre.

En définitive, le problème reste le même et est loin d'être résolu.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie générale de ces différentes rhinites peut se résumer en trois mots : enchifrènement avec écoulement et obstruction nasale.

L'écoulement sera variable suivant les cas. Dans les rhinites purulentes, nous trouvons un pus jaune verdâtre bien lié, souvent épais, formant des croûtes qui resteront particulièrement dans le vestibule et par l'irritation locale qu'elles provoqueront amèneront des lésions de grattage à la partie toute antérieure du septum et des narines. Déplorable manie qui souvent deviendra une véritable psychose et pourra provoquer une perforation du cartilage de la cloison. Quand cet écoulement purulent sera abondant, un impétigo narinaire accompagné de sycosis pourra prendre naissance. Cependant, dans les écoulements franchement purulents, le cas sera relativement rare et devra faire penser à une sinusite latente, particulièrement s'il y a unilatéralité. Le catarrhe pharyngo-laryngé est par contre la règle avec quelquefois même, chez la femme et l'enfant surtout, qui ne savent pas cracher et sont pyophages, une laryngo-trachéite secondaire et des troubles gastriques.

Dans les formes hydrorrhéiques l'écoulement sera beaucoup plus abondant, et suivant les cas, muco-purulent avec un liquide jaunâtre, visqueux et gluant, ou aqueux, provoquant trop souvent un impétigo et un sycosis de la lèvre supérieure avec catarrhe pharyngo-laryngé et toutes ses conséquences, mouchage répété, reniflement, raclage, toux d'irritation, aphonie et augmentation de l'obstruction nasale par la difficulté du drainage.

L'obstruction sera beaucoup plus marquée dans ces dernières formes, du fait de la tuméfaction allergique des tissus. La plupart du temps une véritable rhinite hypertrophique se forme, qui, dans les cas anciens sera faite de sclérose des tissus et sera devenue irrétractile. On trouvera alors en plus de l'obstruction du couloir nasal, une obstruction des choanes, provoquée par l'œdème des queues du cornet. Le sujet n'aura plus ainsi qu'une respiration buccale qui amènera particulièrement au réveil une sécheresse de la bouche très pénible avec pharyngite due au contact de l'air froid, en même temps que des sécrétions tombant du cavum sur la muqueuse. Le malade ronfle, dort mal et son état général s'en ressentira. Si l'obstruction gagne l'étage moyen, une anosmie respiratoire peut en résulter, partielle ou totale ; anosmie qui deviendra définitive si un traitement énergique n'est pas immédiatement institué. Le méat moyen bloqué, la circulation de l'air sinusal se fera mal amenant une céphalée frontale, l'œdème se propageant, les canaux lacrymaux pourront participer au processus entraînant ainsi des complications oculaires.

Avec ces rhinites hydrorrhéiques nous verrons encore apparaître tout le cortège des troubles réflexes, éternuements isolés ou par crise, toux spasmodique et quinteuse d'origine nasale, larmolements, spasmes glottiques, névralgies, quelquefois, l'asthme souvent s'y associera rendant la vie intenable au malheureux.

La rhinoscopie antérieure montre dans le cas des rhinites chroniques purulentes, en dehors de l'inflammation du vestibule avec fissures, furoncles et impétigo associés, la présence d'un pus épais, verdâtre, souvent nauséabond, amassé sur le plancher, obstruant le méat inférieur, formant des filaments tendus d'une paroi à l'autre provoqués et étirés par la vasomotricité des tissus érectiles. La muqueuse est le plus souvent congestionnée d'un rouge vineux, hyperémique, provoquant un certain degré d'hypertrophie. On constate quelquefois une certaine extravasation sanguine à la hauteur de la tache vasculaire. Le toucher au stylet donne la sensation de l'édredon, la muqueuse reprenant son volume immédiatement après la cessation du contact. Dans les cas anciens cependant cette sensation du coussin de plume sera beaucoup moins marquée, la sclérose ayant envahi les tissus. Souvent on verra une énorme tête de cornet inférieur, rouge, recouverte de pus et qui empêchera tout examen dans la profondeur. L'examen à la cocaïne adrénaline permet d'apprécier le degré de sclérose et sera un excellent élément en vue du traitement futur. Souvent, la tête du cornet moyen tuméfiée, énorme, bloquera la fente olfactive provoquant l'anosmie.

La rhinoscopie postérieure nous montrera un cavum plein de pus aux parois rouge vif. Après nettoyage, on apercevra les choanes plus ou moins obstruées par des queues de cornet d'aspect muriforme, rouge vineux, d'où le pus dégoûtera ; la queue de cloison elle-même pourra être tuméfiée, sa muqueuse donnant le même aspect que les queues de cornet. Cet examen nous permettra encore de voir l'orifice des trompes qui seront rouges, tuméfiées et expliqueront un certain degré de surdité qui a été signalé par le malade dès le début de l'examen.

D'autres fois, la muqueuse nasale sera d'un aspect blanchâtre, anémique, atone, fripée, flasque comme si elle était trop vaste pour son contenu. Nous ne trouverons plus alors un pus bien franc, mais un muco-pus jaunâtre, filant, collant au porte-coton et formant de nombreux filaments. Bien souvent même, ce ne sera plus qu'un liquide aqueux, eau de roche presque très légèrement filant, mais d'une abondance extrême. Le degré d'irritation du cavum sera beaucoup moins prononcé, et nous verrons des queues de cornet peu volumineuses, mais d'une teinte presque livide.

D'autres fois encore, nous trouverons une muqueuse pâle, anémiée, suintante, d'aspect œdématié, polypoïde. Les cornets prendront un aspect lobulé, irrégulier, de dégénérescence polypoïde. Les queues de cornet seront énormes, muriformes, mais totalement blanches et laissant suinter quelques gouttes d'un liquide aqueux devenu quelque peu filant par sa stagnation dans les fosses nasales. Le contact du

stylet donne une sensation de mollesse, d'inconsistance qui sera différente de la sensation précédente de l'édredon. Et les tissus ne reviendront à leur volume primitif que lentement et petit à petit. On pourra voir dans le méat moyen quelques formes polypoïdes blanchâtres d'aspect gélatineux, presque translucides à la surface desquelles on voit courir quelques rares petits vaisseaux sanguins. La tête du cornet moyen en pleine dégénérescence, polypoïde obstruera plus ou moins la fente olfactive qui délavée par tout ce liquide amènera l'anosmie.

Beaucoup plus rarement, nous pourrons voir des formes de transition avec une muqueuse rosée, brillante, d'aspect presque normal, mais elle sera suintante comme couverte d'une couche liquide. Les cornets ne montreront qu'une hypertrophie ou qu'un œdème très relatifs, mais au contact la muqueuse manquera de tonicité, sera molle, sans réactions et par endroits une certaine pâleur se fera jour. Et si au premier aspect on peut la croire normale, l'examen complet nous la fera trouver malade, atone et sans réflexes normaux.

Fréquemment, et l'on peut même dire presque constamment, l'examen rhinoscopique nous montre des malformations nasales congénitales ou secondaires. Les plus fréquentes sont les déviations de cloisons, les éperons ou les bulles du septum, plus rarement une étroitesse congénitale des fosses nasales, une bulle de la tête du cornet moyen. C'est à la hauteur de ces malformations que se trouvent les zones hyperesthésiques, les véritables plaques récep-

trices de l'allergie nasale qui est signée par les deux derniers aspects que nous avons décrits, sans cependant que l'on puisse absolument l'éliminer du premier. Souvent, à leur hauteur, on constate une certaine rougeur, un degré d'irritation plus marqué de la pituitaire qui s'explique par le rétrécissement plus prononcé là qu'ailleurs et, ainsi que le fait si bien remarquer LERMOYEZ, par la vieille loi dermatologique toujours vraie de l'irritation maximum aux lieux de contact les plus fréquents.

Dans toutes ces formes, on assistera à des poussées paroxystiques entrecoupées de périodes de repos, plus ou moins longues et plus ou moins totales. Ces crises, au moins dans les formes allergiques, seront déclenchées par les faits les plus futiles, souvent même quelquefois sans cause apparente. Ainsi, un courant d'air vif, une sensation de froid, un changement d'atmosphère, le passage d'un rayon de soleil et bien d'autres que nous avons déjà notés. Une crise d'éternuements éclate, quelquefois même un éternuement isolé, et la crise commence par un écoulement aqueux profus, bientôt suivi de l'obstruction nasale.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Le pronostic de ces affections n'a malheureusement guère varié depuis LERMOYEZ, et certains cas graves, s'ils ne sont pas traités dès leur début, peuvent amener la psychose avec toutes ses conséquences. Tous les praticiens ont connu de ces sujets devenus de véritables neurasthéniques, qui même après une certaine amélioration locale continuent à présenter une véritable psychose de persécution par la maladie. On constate de même un certain nombre de psychopathes dont le point de départ en a été une rhinite plus ou moins rebelle. L'une des conséquences les plus graves est encore l'abus de certains médicaments qui, chez ces éternels enchifrénés, débouchant le nez momentanément et permettant une respiration normale, les amènent à la cocaïnomanie. Cette terrible complication n'est que trop fréquente et se constate, proportionnellement, surtout chez les médecins qui peuvent avoir trop facilement le produit à leur disposition.

Néanmoins, on peut affirmer que si le mal a été traité suffisamment tôt et en dehors d'une prédisposition psychique qui relèvera alors du neurologue, ces cas ne doivent plus exister.

Si le rhinologiste ne peut malheureusement pas, bien souvent, affirmer la guérison, il pourra pratiquement toujours par un traitement judicieux amener une amélioration suffisante pour permettre au malade de mener une vie normale.

Pris à temps, ce traitement doit éviter des complications plus banales, mais pouvant arriver aussi à un haut degré de gravité, telles que : otites sèches ou suppurées avec leurs complications propres; surdité; bourdonnements ; otites chroniques ; mastoïdites ; abcès encéphaliques, etc... ; laryngites aiguës et chroniques pouvant amener le malade jusqu'à l'asytolie, et bien d'autres encore. Nous répétons donc avec LERMOYEZ : « Le coryza chronique doit être traité, si ce n'est pour lui, que ce soit pour les conséquences possibles. Livré à lui-même, il ne rétrocede jamais, tandis que bien traité il s'améliore notablement. La guérison anatomique en est rare, mais le soulagement apporté suffit amplement à justifier les exigences de la thérapeutique ».

Le diagnostic qui paraît si facile à première vue est en réalité assez délicat. Là, comme dans toutes les parties de la clinique, les cas d'une symptomatologie franche ne permettant pas d'erreur sont rares, sauf peut-être les coryzas spasmodiques périodiques qui permettent un diagnostic sûr rien qu'à l'audition des antécédents et de l'histoire de la maladie.

Dans la reconnaissance des rhinites chroniques purulentes, l'écueil sera avant tout les sinusites latentes chez l'adulte et l'adénoïdite chez l'enfant. On doit encore signaler quelques cas de rhinites spéci-

fiques, la présence d'un corps étranger intra-nasal, un mucocèle, mais un examen bien conduit doit nous permettre d'éliminer ces erreurs, d'autant plus que nous possédons actuellement la radiographie ignorée de l'époque précédente.

Bien souvent, nous l'avons déjà dit, le diagnostic de l'allergie nasale semblera s'imposer mais encore faudra-t-il éliminer les sinuso-hydrorrhées qui semblent d'ailleurs être allergiques et la cranio-hydrorrhée. Beaucoup plus délicat sera dans certaines rhinites de délimiter la part de l'infection et la part de l'allergie. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous estimons, en effet, que sa part est beaucoup plus importante que l'on ne pouvait le penser, et bien certainement un grand nombre de cas rebelles au traitement anti-infectieux bénéficieraient d'un traitement de désensibilisation locale ou générale.

TRAITEMENT

Précautions générales — Prophylaxie

Un certain nombre de remarques faites par LERMOYEZ ont encore leur valeur dans le traitement et la prophylaxie de ces affections.

Le rôle moral du praticien est ainsi d'une importance primordiale, surtout chez les malades dont le psychisme est atteint. Le médecin doit s'imposer à son malade, il doit lui inculquer une confiance, un abandon total envers lui. Il doit imposer sa thérapeutique et s'assurer qu'elle est suivie, sous peine d'un échec préjudiciable aux deux intéressés, mais surtout au malade. Cette remarque peut paraître exagérée, mais combien de malades, jugeant leur mal bénin et hors de tout rapport avec la sévérité des prescriptions, abandonnent le traitement tout en affirmant au rhinologiste qu'ils le suivent de point en point « pour lui faire plaisir », et surtout pour avoir la paix et échapper aux reproches de quelqu'un qu'ils estiment par ailleurs. Le cas est beaucoup plus fréquent que l'on ne pourrait le penser, ainsi d'ailleurs que l'excès contraire, où le malade estime que son médecin ne le traite pas assez énergiquement et

ajoute à ses prescriptions celles de la concierge ou du voisin. Il n'est, de même, pas toujours facile de faire comprendre à une brave femme que sa surdité prend sa source dans son nez, et son air de commiseration, amusant et déplaisant à des titres différents, témoigne de son incrédulité.

L'étiologie nous permettra encore de faire quelques remarques utiles à la prophylaxie.

Nous ne voulons pas obliger notre malade à suivre un régime sévère, qui lui sera d'ailleurs tout à fait inutile, nous ne pensons pas, en effet, en dehors bien entendu d'une allergie alimentaire bien déterminée, que l'alimentation ait une grosse influence. Cependant, chez un pléthorique, une certaine abstinence notamment au repas du soir, ne pourra lui faire que du bien. L'alcool, et une trop grande abondance de boisson, sont à proscrire en premier lieu, en vue du maintien de l'état général. La restriction en chlorure de sodium peut avoir un rôle, mais bien rarement et dans des cas bien déterminés. L'usage du tabac, par contre, devra être réglementé, et sans le supprimer complètement, sauf dans quelques cas rares : pharyngite, laryngite, trachéite, on conseillera la modération et surtout l'abstention du rejet de la fumée par le nez. La prise sera évidemment absolument interdite.

L'hygiène vestimentaire ne nous intéresse pas, à condition bien entendu de prendre un certain nombre de précautions usuelles contre les refroidissements.

L'hygiène du travail est d'une grande importance, et en présence d'intoxications professionnelles le meil-

leur traitement, le seul même, sera le changement d'occupation.

Le climat joue son rôle. Les climats humides et froids sont à proscrire, et si l'altitude et le bord de la mer sont à recommander, il ne faut pas oublier que certaines formes d'allergie ne peuvent s'en accommoder. Une altitude moyenne aux environs de 500 mètres semble bien supportée par tous ; restriction à faire au sujet de la campagne et au printemps pour les individus sensibles aux allergènes polliniques.

Les malformations nasales doivent être traitées préventivement, et s'il en était toujours ainsi, que de surdités, d'otites, que d'allergies même auraient été évitées ! Si toutes les adénoïdites avaient été traitées que de complications en moins !

Qu'il nous suffise de dire que dans toute rhinite, après cessation des symptômes infectieux en cas de catarrhe purulent, avant tout traitement en cas d'allergie pure, il est nécessaire de traiter les malformations nasales, véritables épines irritatives, qui quelle que soit la forme considérée, joueront toujours un rôle, si ce n'est primordial au moins secondaire. Donc, toute déviation de cloison importante sera opérée ; tout éperon de cloison sera enlevé. En cas d'étroitesse congénitale on interviendra sur la cloison, s'il y a lieu ou sur les cornets par des cautérisations ou même par une turbinotomie partielle ou totale selon les cas. De façon à ce qu'une respiration nasale normale soit assurée dans les limites du possible.

Quant aux « diasthèses et à l'arthritisme » de LER-

MOYEZ, il est bien évident que si l'on pouvait maintenir un équilibre vago-sympathique et endocrinien normal, l'allergie ferait un grand pas en arrière. Malheureusement malgré tous les progrès réalisés, nos connaissances ne sont encore que trop vagues à ce sujet. Nous pouvons affirmer l'inter-relation des systèmes neuro-végétatifs et endocriniens avec l'allergie, mais nous ne pouvons dire ni pourquoi ni comment, ni dans quelles proportions et nous n'en sommes qu'aux timides essais. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, cette question dépend du spécialiste endocrinien et pas encore du rhinologiste, nous devons d'ailleurs le déplorer.

Les traitements rhinologiques par les saisons thermales, telle est une partie de la thérapeutique nasale qui après une certaine vogue est tombée aujourd'hui dans un oubli presque complet. Cet abandon nous semble fort regrettable, car bien des sujets jugés incurables par d'aucuns et aboutis en désespoir de cause dans une station thermale ont retiré de leur cure un bénéfice appréciable. Sans en vouloir faire un panacé thérapeutique, il est certain que beaucoup de cas en bénéficieraient. Quant aux indications nous ne pouvons faire mieux que de suivre LERMOYEZ et de nous en rapporter à lui en tous points.

TRAITEMENT LOCAL

Si certaines manœuvres thérapeutiques sont nouvelles, beaucoup de pratiques anciennes persistent encore. Bien entendu, le traitement diffèrera selon

les formes cliniques et souvent même suivant les réactions propres à la muqueuse de chaque individu. Mais la vieille formule est toujours vraie : déboucher et nettoyer le nez devront toujours être notre principe général.

La façon de se moucher, telle que la décrit LERMOYEZ est toujours la bonne. Pas de mouchages trop énergiques qui exagèrent l'hyperémie de la muqueuse et même peuvent provoquer une infection sinusale secondaire en projetant des mucosités dans la cavité, une expulsion trop violente des mucosités nasales provoque un courant d'air trop rapide, créant le vide dans les cavités accessoires ; ce vide amène une hyperémie locale avec gonflement de la muqueuse et réaction douloureuse, qui se fera surtout sentir à la hauteur des sinus frontaux.

Balnéation.

Si la balnéation nasale est déchue de son rang, elle est cependant toujours utilisée. On trouvera ses indications particulièrement dans les rhinites atrophiques, et en général dans toutes les rhinites où la stagnation des mucosités amène la formation de croûtes, et où ce sera la seule pratique permettant le nettoyage de ces déjections par le malade lui-même. Cette balnéation devra être faite sans pression à la pipette nasale, suivant une technique bien connue que nous n'avons pas à décrire ici. Elles seront de petite abondance ; les grands lavages étant beaucoup plus nuisibles qu'utiles à la muqueuse et pouvant provoquer une anosmie secondaire. Pour les mêmes

raisons, elles ne seront pas trop répétées, sauf peut-être dans les cas d'atrophie très prononcée, où l'odorat est perdu sans aucun recours, un bain nasal le matin au cours de la toilette et un autre le soir suffiront. Ils seront encore isotoniques, l'hypo et l'hyper-tonicité — surtout la première — pouvant provoquer de gros dégâts muqueux. Leur but sera exclusivement le nettoyage, toute solution astringente, antiseptique ou autre est donc à rejeter.

La solution la plus simple et la plus pratique sera la solution de chlorure de sodium dans l'eau bouillie tiède à 7 0/00. On peut encore utiliser la solution de borate de soude à 25 0/00, ou de bicarbonate de soude à 15 0/00. Dans quelques cas où l'abondance du pus sera particulièrement grande, on utilisera la solution monosulfurée de LERMOYEZ :

— monosulfure de sodium....	10 gr.
— eau distillée	50 gr.
— glycérine	150 gr.

une demi-cuillerée à café dans un litre d'eau bouillie, en ajoutant au mélange 7 grammes de chlorure de sodium pour le rendre isotonique.

Ces bains seront pris à une température au moins égale à celle du corps humain, soit 37°. Et l'on aura avantage à les supporter le plus chaud possible. LERMOYEZ conseille d'aller jusqu'à 45° et 48° si possible. Toute sortie dans une atmosphère froide sera évitée pendant au moins une demi-heure à trois quarts d'heure après ces bains. La muqueuse et l'odorat doivent être d'une surveillance constante pendant ce

traitement, de façon à pouvoir l'interrompre au moindre signe alarmant.

Inhalation.

Les inhalations, vieilles comme le monde, sont encore une bonne pratique particulièrement dans les périodes purulentes aiguës et quand on constate un certain degré de participation des cavités sinuses. Elles devront être supportées le plus chaud possible pour bien décongestionner la muqueuse. Cependant, il faut les éviter en cas d'hypertension où elles sont d'un danger réel. De même le menthol sera proscrit pour les sujets suspects de tuberculose. On emploiera un inhalateur, ou plus simplement un bol sur lequel on formera un cornet avec un linge quelconque, de façon à ce que la seule muqueuse nasale soit intéressée. Toutes les autres pratiques provoquant une congestion de la face, beaucoup plus nuisible qu'utile. Les produits utilisés seront : la teinture de benjoin, la teinture d'eucalyptus, le goménol, le menthol et les balsamiques en général. Surtout, en cas de participation sinusale :

— teinture d'eucalyptus.....	60 gr.
— teinture de benjoin.....	5 gr.
— alcool à 90°.....	50 gr.
— teinture d'eucalyptus.....	40 gr.
— menthol	0 gr. 15
— alcool à 90°.....	40 gr.
— menthol	1 gr.
— alcool à 90°.....	100 gr.

Mettre une cuillerée à café de l'un de ces mélanges dans un bol d'eau bouillante et prendre en inhalation. Deux ou trois inhalations dans le courant de la journée devront suffire pendant une période de crise aiguë.

Pommade.

Les pommades, encore très employées, sont d'une réelle utilité, mais n'ont d'action que dans les cas bénins ; elles ne peuvent, en effet, pénétrer suffisamment profondément si l'obstruction est grande. Leur indication réside dans les cas d'inflammation du vestibule nasal, avec formation de croûtes et dans les formes sèches où elles diminueront l'irritation locale. L'unique excipient sera la vaseline, les substances actives, l'acide borique pulvérisé, le menthol, le baume du Pérou, l'eucalyptol.

— Vaseline pure.....	40 gr.
— Acide borique pulvérisé....	8 gr.
— Menthol	0 gr. 20
— Vaseline pure	20 gr.
— Baume du Pérou.....	0 gr. 25
— Vaseline pure	20 gr.
— Acide borique	1 gr.
— Eucalyptol	0 gr. 40

Instillations et pulvérisations.

Les instillations et les pulvérisations nasales ont les mêmes indications, les premières s'adressant surtout aux formes sans obstruction, c'est pourquoi nous les traiterons ensemble.

Ces deux méthodes ont encore une grande vogue, et l'on s'en rend facilement compte en considérant le nombre prodigieux des spécialités. Elles sont employées dans les formes purulentes, dans un rôle de désinfection et dans les formes d'obstruction marquée où elles permettent un déblocage momentané du nez.

Leur rôle de désinfection nasale, s'il est très utilisé, est cependant quelquefois peu actif — les produits pulvérisés étant en trop petite quantité et en concentration trop faible — néanmoins elles ne doivent pas être négligées surtout préventivement. Deux sortes de solutions seront utilisées : les solutions aqueuses et les solutions huileuses ; chacune aura son rôle. Les formes infectieuses bénéficieront particulièrement des solutions aqueuses qui pénétreront mieux et sont plus miscibles aux sécrétions. Par contre les formes d'obstruction préféreront les solutions huileuses comme moins facilement éliminées et d'un effet plus durable.

Dans les rhinites purulentes, on utilisera les sels d'argent, sous forme d'argyrol, de protargol, de collargol, en solution à 1, 2 et 3 %, des solutions de mercurochrome à 0,25 et 0,50 % produit excellent, mais qui a l'inconvénient de tacher le linge, des solutions à base de produits sulfamidés, qui n'existent que sous forme de spécialité, donnant souvent d'excellents résultats bien que leur concentration soit notoirement insuffisante. Dans sa thèse, le Dr A. BAILLY prétend avoir obtenu d'excellents résultats par des pulvérisations d'un mélange de para-amino-phényl sulfamide avec le phényl-acétate de novocaïne.

Dans ces formes catarrhales purulentes, on emploie souvent encore des pulvérisations ou des instillations à base de bactériophage. De même, les vaccins, auto ou stöck-vaccins, à condition de s'adresser à des microbes déterminés, pourront donner d'excellents résultats, notamment dans les coryzas rebelles de la diphtérie, dans la période d'état et surtout chez les porteurs de germe où l'emploi des pulvérisations ou instillations d'anatoxine diphtérique sera pratiquement le seul traitement efficace. Dans les catarrhes purulents rebelles, notamment de l'enfance, H. BOURGEOIS recommande encore les pulvérisations ou instillations d'huile vitaminée, à base de vitamine A et surtout de l'association vitamines A et D. Malheureusement, ce mélange présente une forte odeur d'huile de foie de morue, ce qui le fait rejeter par presque tous les adultes ; mais l'enfant se trouve moins délicat et s'en accommode bien.

Certains encore utilisent l'iode sous cette forme ou en badigeonnages dans les coryzas spasmodiques :

— iode métal	0 gr. 05
— iodure de potassium.....	0 gr. 10
— laudanum de Sydenham....	1 gr.
— glycérine neutre.....	30 gr.

Dans les rhinites congestives et spamodiques, le traitement de l'état de crises comporte des pulvérisations nasales, de même que certaines rhinites avec hypertrophie marquée. A condition d'en user modérément et surtout de ne pas en prescrire plus de quelques jours de suite, les pulvérisations de cocaïne-

adrénaline souvent associée à l'éphédrine seront la méthode de choix :

— chlorhydrate de cocaïne....	10 cgr.
— — d'adrénaline ..	LX gouttes
— — d'éphédrine...	0 gr. 30
— argyrol	0 gr. 50
— sérum physiologique	50 gr.

Cependant, avant d'en user ainsi, il sera bon d'essayer tout d'abord une solution éphédrinée à 1, 2 et 3 % qui n'offre aucun inconvénient d'accoutumance.

Dans le traitement de la crise spasmodique, BOURGEOIS recommande encore les pulvérisations nasales de chlorhydrate double de quinine et d'urée, ou d'une solution d'hypophyse et de novocaïne à 1 pour 10 par parties égales.

Si les prescriptions et les produits sont strictement les mêmes pour les deux méthodes d'instillation et de pulvérisation, dans la plupart des cas, les pulvérisations sont cependant préférables comme pénétrant mieux et plus profondément un nez obstrué, dont toute la muqueuse est ainsi atteinte, ce que ne peut faire une simple instillation.

Poudres.

Les insufflations de poudre, après avoir joui pendant longtemps d'une grande vogue l'ont actuellement totalement perdue, et à part quelques praticiens qui utilisent encore l'acide borique et l'acide tannique, l'abandon de la méthode est complet. Cependant, un retour en arrière pourra peut-être se

voir le jour où l'on aura obtenu des poudres solubles de produits sulfamidés. Malheureusement, dans l'état actuel, les produits actifs n'ont que des poudres insolubles qui jouent vis-à-vis de la muqueuse nasale le rôle de corps étranger et l'irritent, les seules poudres solubles n'appartenant qu'aux formules peu actives. On doit déplorer cette lacune, car il est à peu près certain que les formes purulentes bénéficieraient grandement de cette nouvelle thérapeutique.

Nous signalerons encore qu'aux Etats-Unis, BLACKMAR emploie des insufflations de poudre d'iode pulvérisée dans le traitement des rhinorrhées.

Badigeonnages.

Les badigeonnages sont encore l'une des pratiques les plus courantes, bien qu'ayant un gros inconvénient. En effet, elles ne peuvent être faites correctement que par le spécialiste lui-même.

Une cocaïnisation légère préalable par pulvérisation d'une solution de cocaïne au 1/100 est souhaitable ; un badigeonnage nasal sans être douloureux laissant toujours au patient un souvenir désagréable.

Dans les formes atones, avec croûtes, on emploiera la glycérine iodée du codex, ou encore la formule de LERMOYEZ :

— iode	1 gr.
— iodure de potassium.....	3 gr.
— glycérine pure.....	100 gr.
— menthol	0 gr. 50

Dans les formes catarrhales purulentes, si le nitrate d'argent est à peu près abandonné, on pourra utiliser: le protargol, le collargol, l'argyrol à 1 % et jusqu'à 10 %, la glycérine iodée et mieux la solution de mercurochrome à 3 %, mais ce ne sera jamais que comme adjuvant.

Dans les formes spasmodiques, d'intensité légère ou moyenne, on se trouvera bien d'aider au traitement par des badigeonnages de la muqueuse avec du nitrate d'argent au 1/100, au 1/50, on ira même quelquefois jusqu'au 1/10, avec de l'acide chromique en solution au 1/60, 1/50, 1/30 avec du mercurochrome même qui tanne la muqueuse.

Aérothermie.

Dans les formes rhinorrhéiques, avec ou sans anosmie, on obtient souvent des résultats inespérés avec la méthode aérothermique de LERMOYEZ et MAHU ; de même dans les formes congestives à bascule. Souvent 4 à 5 séances suffiront à faire retrouver l'odorat et à stopper presque complètement l'hydrorrhée et l'on peut déplorer que cette thérapeutique ne soit pas plus souvent pratiquée. Cependant, de grandes précautions doivent être prises de façon à ne pas brûler la muqueuse, ce qui serait encore pire que le mal. On en usera tel que l'a développé LERMOYEZ : c'est-à-dire par des séances d'une minute environ par fosse nasale, en faisant pénétrer l'air le plus profondément possible et en pratiquant un véritable massage de la muqueuse par l'air chaud, en rapprochant l'orifice de

l'instrument le plus près possible de la pituitaire. Il ne faudra pas craindre de s'adresser au plafond, c'est-à-dire à la zone d'émergence du nerf olfactif.

Cautérisations.

Les cautérisations sont encore et malheureusement aussi employées qu'au temps de LERMOYEZ, et l'on en fait un déplorable abus. Cela ne veut pas dire qu'elles sont totalement à rejeter, mais elles ont des indications bien déterminées. On emploiera les cautérisations uniquement dans les formes hypertrophiques non purulentes et dans les formes hypertrophiques où l'épreuve de la cocaïne-adrénaline aura démontré la présence de sclérose. On l'emploiera après anesthésie à la cocaïne, sous forme de cautérisation chimique à la hauteur du cornet moyen dans les cas d'hypertrophie de la tête, sans que le syndrome d'obstruction du sinus frontal soit très marqué. Dans le cas contraire, c'est l'ablation qui est de règle, ainsi que dans les cas où l'on remarque un début de dégénérescence de la tête de ce même cornet. On fera alors deux ou trois légers attouchements avec de l'acide chromique au 1/3. De même, quelques cas légers de rhinite spasmodique hypertrophique pourront bénéficier de un ou deux traits d'acide chromique au 1/3 faits au porte-coton sur toute la longueur du cornet inférieur. Cependant, le cornet inférieur la plupart du temps devra être galvanocautérisé. Après une bonne anesthésie à la cocaïne-adrénaline et au liquide de Bonain, on tracera deux

ou trois traits de feu sur toute la longueur du cornet; le cautère allant presque jusqu'au contact osseux. Le couteau sera maintenu au rouge sombre, de façon à éviter l'hémorragie secondaire et l'on prendra bien soin de ne pas blesser la cloison, ce qui pourrait occasionner la formation d'une synéchie qu'il faudrait rompre secondairement.

Tubage nasal.

Dans les cas des rhinites hypertrophiques, le tubage nasal ou diastolisation est complètement abandonné sauf dans quelques cas d'hypertrophie congestive particulière à l'enfant et où l'on utilise une sonde caoutchoutée rigide. Mais l'anse froide, l'anse galvanique et la pince de Luc conservent leur rôle dans les formes lobulées, dans les polyposes anciennes et surtout dans les queues de cornet.

Turbinotomie et décortication.

Si les turbinotomies et décortications sont disparues du traitement des rhinites chroniques, quelques coryzas allergiques pourront cependant subir une turbinotomie partielle. Il s'agit des cas où l'allergie est indéniable et où le bord libre du cornet inférieur marque un début de dégénérescence. On pratiquera l'ablation de ce bord libre sur une hauteur de quelques millimètres, à la pince de Struycken. L'obstruction est diminuée en même temps qu'une amélioration de l'état nasal apparaîtra. Il y a certainement ici un phénomène de choc opératoire qui entre en jeu.

Mais toutes ces thérapeutiques que nous venons d'étudier sont déjà employées depuis une longue période. Nous allons voir maintenant quelles sont les pratiques nouvelles qui toutes ne s'adressent qu'aux formes allergiques ou avec participation allergique.

En 1926, le Dr DANDIN-CLAUD (1) décrit une nouvelle méthode de galvanocautérisation des coryzas spasmodiques qui agit à la fois sur les trois éléments : éternuements, hydropnée et obstruction nasale. En voici la technique :

— Après anesthésie, il pratique une cautérisation linéaire profonde partant le plus haut possible dans le tiers antérieur du méat moyen au contact du cornet moyen descendant obliquement en bas et en avant sur la face interne du cornet inférieur pour aboutir à la partie moyenne de l'insertion antérieure de cette face; le trait a ainsi 2 ou 3 cms de longueur. Le mieux se fait sentir au bout de huit jours, mais on ne peut juger du résultat qu'au bout de trois semaines. En cas d'insuccès, on fait quelques pointes de cautérisation sur la tête du cornet moyen. D'après l'auteur cette méthode obtient de bons résultats dans les formes où le point de départ est une sensibilisation locale, et non dans les coryzas spasmodiques représentant l'extériorisation d'une sensibilisation générale dépendant surtout d'un traitement général.

En 1923, à la Société Viennoise de Laryngologie,

(1) Docteur H. DAUDIN-CLAUD. — Le traitement du coryza spasmodique par la cautérisation galvanique du méat moyen. *Société Française d'O. R. L.*, Congrès de 1926, Compte-rendu des séances.

dans les coryzas vaso-moteurs, MENZEL déclare employer le mélange suivant appelé Afenil en spécialité :

- urée pure, 0,5 gr. ;
- chlorure de calcium cristallisé, 0,5 gr. ;
- eau distillée, 10 gr.

qu'après filtration et stérilisation il applique par le moyen d'un tampon de coton imbibé, sur la muqueuse nasale, pendant 20 minutes. La réaction locale est toujours importante, mais le résultat est excellent.

Certains auteurs américains préconisaient en 1935 un badigeonnage de la muqueuse, sauf la zone olfactive, avec l'acide phénique concentré du Codex. Une production de tissu conjonctif avec diminution de l'œdème et de la vascularisation se produit, et selon l'auteur, 80 % de résultats définitifs ont été obtenus. LECOY, encore en Amérique, utilise dans le même ordre d'idée une pâte à base de résorcinol qu'il applique sur la muqueuse. L'amélioration serait de quelques mois et parfois de quelques années.

Une méthode qui a fait beaucoup de bruit en son temps, c'est celle des injections sclérosantes. On pratique une injection dans la tête du cornet inférieur, une deuxième dans la partie moyenne, une troisième dans la queue et enfin, pour quelques auteurs — notamment DUTHEILLET DE LAMOTHE — une quatrième sous le cornet. Ces injections sont faites au contact du périoste après anesthésie locale. Le résultat en est une sclérose qui ficelle littéralement le cornet et amène une rétraction beaucoup plus durable que tout autre procédé : BENSAUDE, RICHIER et DUTHEILLET DE

LAMOTHE utilisent la solution de quinine uréthane à 5 % ; BRUCKE, une solution aqueuse de glycérine neutre, à 80 % qui semble mieux tolérée à BONTINCK de Gand. Ce dernier fait une deuxième séance d'injections du troisième au cinquième jour après la première et ne signale que 10 à 15 % d'insuccès.

VAIL de CINCINNATI injecte un mélange d'alcool à 40 ou 60 %, et d'hydrochlorure de Procaïne, en faisant quelquefois une injection dans le cornet moyen. L'injection, douloureuse pendant 24 heures, lui a amené un gros pourcentage de bons résultats. FISHER de New-York propose le morrhuate de sodium en solution à 5 % ; on injecte 0,25 à 0,5 centicubes en plusieurs points. IWASZKIEWICZ propose une solution de glucose à 66 %, à raison de 5 cc. par cornet. Enfin, le salicylate de sodium, le lactate de sodium-calcium en solution à 5 %, ont encore été utilisés.

Se basant sur l'expérience de SLUDER en 1908 guérissant certains rhumes des foin par l'application de cocaïne sur la muqueuse à la hauteur du ganglion sphéno-palatin, WALSH de Chicago propose l'infiltration du ganglion sphéno-palatin par de l'alcool. Il reconnaît cependant quelques inconvénients à sa méthode : l'injection est douloureuse ; elle provoque des maux de tête, si elle est trop rapide, on peut voir apparaître une paralysie de la 6^e paire. La gêne provoquée dure de deux à trois semaines ; il se produit un œdème de la face disparaissant lentement pendant lequel tous les symptômes disparaissent. La méthode ne nous paraît donc pas dénuée d'inconvénients, et tout au moins en France nous croyons qu'elle a peu de chances de succès.

La simple pratique qui consiste à anesthésier le ganglion sphéno-palatin au moyen du liquide de Bonain nous semble par contre excellente, et si elle ne donne pas toujours un résultat tangible, souvent elle opère des guérisons miraculeuses et en tous cas n'offre aucun inconvénient. Un moyen très simple pour obtenir cette anesthésie est de recourber un porte-coton sur les trois derniers centimètres de l'extrémité portant le coton, suivant un angle d'environ 120°. On le glisse alors le long du bord libre du cornet inférieur, jusqu'à 1 cm. environ du fond de la cavité ; le Bonain se trouve alors de lui-même au contact de la muqueuse qui recouvre le ganglion.

Relativement récente, l'ionisation a surtout été étudiée à l'étranger et particulièrement aux Etats-Unis où les articles à ce sujet abondent. Voici la méthode, telle que l'a décrite HOLLENDER de Chicago :

L'électrode négative appliquée sur l'avant-bras est constituée par une plaque métallique feutrée, imbibée d'eau froide et d'une surface de 15 cm² environ. L'électrode positive, intra-nasale, est une pièce de zinc flexible, que l'on introduit dans la fosse nasale, préalablement tapissée de coton imbibé de l'électrolyte, de façon à éviter tout contact avec la muqueuse. Cet électrolyte consiste en une solution de sulfate de zinc à 1 % qui a donné satisfaction en tous points. Le milliampérage sera de 5 ma. pour les enfants et de 10 ma. pour les adultes, la durée de passage du courant sera de quinze minutes. Dans la plupart des cas, une séance par fosse nasale suffit. En cas d'échec une nouvelle séance ne peut avoir lieu

avant quinze jours, et si quatre séances ne donnent rien, il est inutile de persévérer. A part un goût métallique et une salivation abondante, on ne signale aucune gêne. La coloration grisâtre de la muqueuse disparaît en peu de jours, de même qu'un syndrome de coryza aigu. Sur 1.000 cas, HOLLENDER n'a jamais eu de complications, tout en ayant un gros pourcentage d'améliorations et de guérisons.

Plusieurs électrolytes différents ont été employés à base d'un métal quelconque et notamment du cuivre. WARWICK emploie une électrode formée d'un alliage de zinc, de cadmiun et d'étain ; l'électrolyte étant un mélange des sels de ces métaux, et il porte l'ampérage à 100 m.a. minute. Mais la plupart des auteurs se servent du sulfate de zinc qui semble donner d'aussi bons résultats. Certaines critiques ayant été faites, HOLLENDER et FABRICANT (1) en ont fait justice et ont prouvé qu'aucune détérioration tissulaire n'avait lieu, et qu'il suffisait de se fier uniquement à la clinique.

Enfin, en France et en Amérique, quelques auteurs ont pensé à utiliser les propriétés du radium et de ses dérivés.

En 1933, CONSTANTIN de Paris décrit l'émanothérapie artificielle en injection tissulaire. Il injecte 2 à 3 cc. d'air chargé d'environ cent vingt millimicrocuries de Radon, et prétend obtenir une régulation vasomotrice et sécrétoire. CONSTANTIN encore utilise l'éma-

(1) HOLLENDER et FABRICANT. — Nasal ionisation. *Archives of otolaryngology*, Chicago, avril 1938.

nothérapie avec le masque au Thorium, et ENGEL en cite une observation en mai 1934, à la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie de Paris. Enfin, BERNHEIMER et CUTLER de Chicago préconisent l'irradiation de la muqueuse nasale allergique. Après cocaïnisation, 50 mg. de radium sont introduits dans chaque fosse nasale et restent en place pendant deux heures. Le radium est contenu dans quatre capsules de laiton, contenant chacune 0,25 de radium élément dans leur tube d'argent ; l'épaisseur de filtration étant 0,5 mm. d'argent et 1 mm. de laiton. Une capsule est placée dans chaque méat moyen et une autre dans chaque méat inférieur. Quarante personnes ont été traitées ainsi, toutes atteintes manifestement de rhinites hyperesthésiques ; les observations portent sur trois ans, 47 % furent totalement guéris, 22 % virent le blocage nasal et la rhinorrhée disparaître, tandis que les éternuements persistaient à un degré moindre, 8 % constatèrent une amélioration sensible, 13 % ne furent que faiblement améliorés, tandis que le syndrome persistait chez 10 % d'entre eux, et l'auteur déclare que la méthode n'est aucunement préjudiciable en quelque façon que ce soit. Nous voulons bien l'admettre, sans cependant nous empêcher de penser que le procédé est peut-être un peu disproportionné vis-à-vis de la cause, sans compter le prix de revient du traitement qui correspond certainement mieux aux bourses américaines qu'aux bourses françaises.

Certains praticiens utilisent la haute fréquence dans les rhinorrhées sous forme d'effluviation avec de

bons résultats paraît-il. D'autre part, les formes allergiques dont l'enchifrènement est peu accentué, mais dont la muqueuse blanchâtre complètement atone, débute une dégénérescence polypoïde, ce que l'on voit surtout à la hauteur du cornet moyen, bénéficient souvent, dans une grande proportion, de quelques séances d'étincelage, de même les formes au début, dont la muqueuse, pratiquement normale dans son ensemble, montre par endroits des points où la pituitaire perd son aspect sain, sa tonicité et sa couleur normale.

Nous citerons aussi pour mémoire l'utilisation d'un produit nouveau, la désoxynoréphédrine, corps chimiquement très voisin de l'éphédrine, mais dont l'énorme avantage est d'être volatil ; ce qui permet une véritable inhalation sèche par le produit qui baigne ainsi toute la muqueuse. Cette désoxynoréphédrine rendra de grands services surtout dans les cas où l'obstruction prédominera. Quant au reste du syndrome, cette thérapeutique est encore trop nouvelle et trop peu utilisée pour que l'on puisse connaître exactement tous ses effets. Néanmoins, ce pourra toujours être un excellent adjuvant à la thérapeutique actuelle.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Cette partie de la thérapeutique ne s'adressera qu'à l'allergie, les rhinites infectieuses n'ayant aucun bénéfice pratique à en tirer. En effet, un traitement anti-infectieux général, sous forme de vaccins ou de

produits anti-bactériens quelconques, à part quelques très rares cas, est absolument hors de propos avec une infection toute locale, et à de rares exceptions près, sans réaction d'ordre général notable. Bien entendu, si une sulfamidothérapie locale peut être mise en pratique à juste titre, la sulfamidothérapie par ingestion doit être absolument interdite. Les dangers de sulfamido-résistance et de complication secondaire étant hors de proportion avec le résultat escompté.

Par contre, l'allergie en bénéficiera souvent, si ce n'est toujours. La sensibilisation est toujours d'ordre général, et si l'extériorisation du syndrome est uniquement nasal, cela ne veut pas dire que l'organisme n'y participe pas dans son entité. Les traitements de désensibilisation, même quand ils seront appliqués localement, s'adresseront et agiront sur l'organisme dans son entier. L'allergie est un véritable état de maladie qu'il s'agira de faire disparaître. En dehors de la désensibilisation locale, tous les traitements que nous avons précédemment vus ne s'adressent qu'à la muqueuse seule, tendant à changer son anatomie propre de façon à la rendre incapable et de réagir aux allergènes sensibilisants et pour une plus grande part, la sensibilisation existant toujours, de répondre à l'excitation des centres par le syndrome habituel : enchifrènement, obstruction et éternuements.

Les traitements locaux de l'époque précédente et de la nôtre se rejoignent dans le but anatomique à atteindre, qui est la sclérose des tissus tapissant les

fosses nasales, suivant que cette sclérose sera plus importante et plus profonde, le résultat sera plus durable. Néanmoins, il est facile de voir qu'un tel traitement ne peut être qu'une thérapeutique de fortune. Un véritable barrage est ainsi constitué dans le nez, il faut le reconnaître, barrage d'une certaine valeur quand l'origine de l'allergie est exclusivement nasale, mais même dans ce cas, un tel traitement ne détruit pas l'état de maladie qui, dès que la porte sera rouverte à la sensibilisation pourra reparaître. Dans les cas où l'allergie n'est plus d'origine nasale, mais alimentaire ou autre, l'extériorisation n'aura plus lieu, mais la maladie véritable existera toujours, et bien heureux si elle ne s'extériorise pas d'une autre façon, soit par un asthme, un eczéma, un urticaire ou de toute autre façon. Ces traitements locaux ne seront donc que des palliatifs de plus ou moins de valeur, et non pas un véritable traitement dans le plein sens du mot. D'autre part, ces traitements, et les statistiques, même américaines, nous le prouvent surabondamment, sont loin d'aboutir toujours à un succès même partiel sans compter le désagrément des réactions secondaires, qui souvent est loin d'être négligeable. La sclérose une fois formée, le barrage une fois établi, plus ou moins complètement, un véritable combat va être livré par l'allergie pour se faire jour à nouveau, et, au bout d'un temps plus ou moins long, le barrage rompu, la sensibilisation reparaitra et tout sera à recommencer. Cette thérapeutique ne peut donc être une fin. On ne l'utilisera que faute de mieux en attendant le traitement de désensibilisation

générale qui lui, est le but à atteindre, la véritable fin du problème.

Si les progrès dans cette partie du traitement n'ont pas été considérables, ils ne sont cependant ni discutables, ni négligeables, et c'est eux que nous allons voir maintenant.

Tout d'abord, il sera toujours bon de diminuer l'excitation vagotonique par l'atropine. Le sympathique sera au contraire excité par l'ingestion d'adrénaline ou par l'évatomine que certains préfèrent. TARNEAUD préconise l'adrénaline chez les sujets réagissant localement à l'adrénaline et la belladone chez les autres. Les enfants bénéficieront d'un traitement reconstituant : huile de foie de morue, sirop iodotannique, protoxalate de fer, liqueur de Fowler

Quelques auteurs voyant la cause du déséquilibre vagosympathique dans un dysfonctionnement endocrinien, essaient d'un traitement opothérapique à base de foie, de rate, d'hypophyse, d'ovaire, de thyroïde. Souvent même un traitement iodé par petites doses a été institué avec succès. STERNBERG et SUGAR de Vienne utilisent une solution d'iodure de sodium à 3 %, à laquelle ils ajoutent de petites doses d'iode libre ; ils injectent 1 cc. sous la peau et font de une à trois injections. Alfred LEWY de Chicago utilise la même méthode, mais n'emploie qu'une solution à 0,3 % et fait autant d'injections qu'il le juge nécessaire. Encore aux Etats-Unis, LEVINE emploie une solution à 5 % d'iodure de sodium contenant des traces d'iode libre, à raison d'une injection sous-cutanée tous les deux jours, 6 injections en moyenne

devant suffire. Enfin, toujours aux Etats-Unis, CINELLI injecte 1 cc. sous-cutané d'Homoïodin, solution d'iodure de sodium à 1 % contenant des traces d'iode libre.

Dans un autre ordre d'idée, RUSKIN de New-York constatant que les rhinorrhées chroniques, purulentes ou allergiques déterminent une perte très sévère en nucléo-protéines, ce qui amène un trouble du métabolisme de l'eau, prétend que l'allergie nasale est en relations avec le métabolisme de l'acide nucléique et propose dans ces cas un traitement de remplacement par ce même acide nucléique, qu'il fait prendre à la dose de 10 grains, soit 0,65 gr. trois fois par jour.

Mais les recherches les plus approfondies ont été faites en vue d'une désensibilisation de l'organisme. C'est ainsi que l'on a essayé les traitements classiques de l'auto-hémothérapie, de l'auto-sérothérapie, du carbonate de soude intra-veineux, de l'éphédrine; tous ces traitements associés à l'opothérapie ainsi que nous l'avons déjà signalé, donnant des résultats très divers. De même pour les traitements à base de Jaborandi, qui souvent amènent un résultat satisfaisant, ou de peptone, per os ou en injections intradermiques. Beaucoup de recherches, surtout en Amérique, ont été faites pour retrouver l'allergène en cause et la méthode la plus courante est celle des cuti-réactions. Aux Etats-Unis, ces cuti-réactions ont été pratiquées sur des centaines et des centaines d'individus souffrant de coryza allergique, et l'allergène trouvé, un traitement était institué par injection sous-cutanée désensibilisante à doses infinitésimales

et, lentement progressives. C'est ainsi que l'on a vu une floraison de pollens-vaccins et autres. Mais en dehors du fait que même dans ces cas, la guérison n'est pas toujours de règle, on doit reconnaître d'après les statistiques qu'à peine 50 % des allergènes sont trouvés et même alors, bien souvent, plusieurs sont en cause pour un même individu, ce qui complique singulièrement la question. L'utilisation des auto-vaccins dérivés de cette tendance n'a guère donné que des résultats très inconstants. C'est ainsi que Fox et HARNED aux Etats-Unis emploient un broyat de muqueuse nasale franchement prélevé ; selon les auteurs, les résultats seraient encourageants.

Tout dernièrement, une nouvelle tendance se fait jour avec la recherche d'un produit servant de désensibilisant général et il est bien certain que cette ligne de conduite semble la meilleure et la plus logique. Un nouveau produit anti-histaminique de synthèse 2339 RP ou « Antergan » vient d'être mis au jour, qui tend à jouer ce rôle, et sans être malheureusement universellement anti-allergique, son emploi a permis des guérisons absolument inespérées. L'indication d'allergie étant bien posée, il est bien rare que l'on n'observe pas une amélioration portant sur l'obstruction et la rhinorrhée. En face d'un coryza rebelle, on doit toujours l'employer, d'autant plus, qu'il est absolument inoffensif si l'on prend quelques précautions en l'absorbant. Son emploi est bien récent pour que l'on puisse formuler des règles bien précises, cependant dans le cas des coryzas chroniques si la

dose de 4 à 6 comprimés de 0,10 gr. par jour ne donne aucun résultat, au bout de trois à quatre jours la thérapeutique doit être abandonnée. Son seul inconvénient est d'être mal supporté par l'estomac ; on doit donc le prendre au milieu du repas et l'avaler rapidement en raison de sa saveur désagréable.

Nous noterons encore pour mémoire que la centrophépie du Docteur BONNIER a quelques adeptes qui prétendent avoir une action sur le système neuro-végétatif, par des pointes de feu à certains endroits déterminés des fosses nasales. De même, l'acupuncture obtiendrait des résultats par piqûres ou moxation, sans que là on puisse en expliquer physiologiquement la raison. Nous croyons, quant à nous, que ces dernières méthodes sont pour le moins par trop inconnues de la médecine actuelle, pour que l'on puisse en tenir compte. Enfin, répétons-le ici, beaucoup de cas bénéficieront des cures thermales ou climatiques. Quant à leurs prescriptions, nous renvoyons aux indications données par LERMOYEZ dans la première partie de cet ouvrage, nous n'y voyons rien à redire.

CONCLUSIONS

Que pouvons-nous conclure de ce travail ? Tout d'abord, nous devons constater, ainsi que nous l'avons déjà dit, que les progrès réalisés ont été de peu d'importance, si ce n'est au sujet de l'étiologie et du diagnostic.

Ces dernières acquisitions sont de la plus grande importance. Elles nous ont permis de savoir que nombre d'affections autrefois appelées « rhinites chroniques » sont en réalité « plus que des rhinites », sinusites suppurées, maxillaires ou ethmoïdales et même quoique rarement sphénoïdales, ethmoïdites hyperplasiques et sinusites séreuses qui toutes n'ont aucun rapport avec les coryzas chroniques. De même, nous distinguons maintenant parfaitement les formes infectieuses, les formes allergiques pures et les formes mixtes, ces dernières étant cependant encore d'un diagnostic particulièrement délicat.

Dans l'allergie même, les travaux récents ont permis de reconnaître qu'en dehors des allergènes connus depuis longtemps, il en existait souvent d'autres, notamment les éléments bactériens. Enfin l'importance du facteur « état général » et du facteur « tem-

pérément » qui dépendent de chaque individu et de chaque période de la vie, a été parfaitement mise en lumière.

Toutes ces découvertes ont fait faire malgré tout un grand pas à la thérapeutique. Cependant, tous les procédés même modernes ne sont pas tous parfaitement efficaces. Comment donc guider notre choix ? Dans quel sens doit-on se diriger ? Certes, l'hésitation se conçoit.

Quelques procédés doivent tout d'abord être rejetés : ainsi l'utilisation des éléments radio-actifs d'un emploi peu pratique, hors de proportion avec l'affection en cause, dangereux et surtout trop coûteux ; de même l'alcoolisation du ganglion sphéno-palatin, trop dangereuse et trop douloureuse.

Quant aux autres méthodes, voici, à notre avis, quelle est la conduite la plus logique à tenir.

Tout d'abord, le rhinologiste doit s'efforcer de reconstituer le plus exactement et avec le plus de précision possible l'histoire de la maladie nasale et l'histoire de la santé du malade. Ensuite, l'examen rhinoscopique est pratiqué avec les plus grands soins. Ainsi faite, l'observation du malade permet une juste orientation de la thérapeutique.

Deux cas se présentent alors :

1°) On se trouve en présence d'une forme purement infectieuse. Le traitement en est alors simple et ne prête pas à discussion, le diagnostic causal ayant été fait au cours de l'examen. Cependant une fois le nez asséché, ne pas oublier de traiter les malformations

s'il y en a, et de rétablir une perméabilité nasale convenable de façon à éviter les récidives.

2°) Il s'agit d'une forme allergique. Là encore, deux possibilités :

a) Il y a une infection secondaire surajoutée. On procède immédiatement à la désinfection, et, le résultat obtenu, on se trouve en face du cas suivant.

b) L'allergie seule en est cause.

On recherche d'abord au moyen de l'interrogatoire si, par son métier, par son mode de vie, un allergène peut être suspecté. Si oui, on le recherche à l'aide de cuti-réactions, et l'ayant trouvé, on procède à la désensibilisation spécifique. Si non, ou si les cuti-réactions sont négatives, on essaiera les traitements de désensibilisation générale, que l'on appliquera par tâtonnements, aucune règle n'existant encore ; on pourra essayer d'un traitement sympathicotonique, opothérapique, reconstituant ou tout autre. Si aucun résultat n'est encore obtenu, on essaiera les traitements locaux de désensibilisation ou palliatifs. Là encore, on ne pourra malheureusement procéder que par tâtonnements. Enfin, si cela est possible et si le malade s'y prête, un grand nombre de cas trouveront un utile adjuvant dans une cure thermale ou climatique, telles que les a prescrites LERMOYEZ. Et en définitive, un traitement bien conduit amènera toujours une amélioration suffisante pour permettre une vie normale au malade.

Cette ligne de conduite nous semble la plus logique, mais que d'hésitations, que d'inconnues et surtout

que d'échecs ! Cependant, en considérant les progrès déjà réalisés, nous devons espérer dans un avenir meilleur, peut-être plus proche que l'on ne pourrait le croire.

Vu : le Doyen de la Faculté,

BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,

VERNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY (M.). — Le traitement du « rhume de cerveau ». Paris, *Presse Médicale*, 18-21 février 1942.

AUBRY (M.). — Le rhume de cerveau. *Paris Médical*, 30 août 1941.

BAILLY (Alfred). — Résultats de la thérapeutique sulfamidée locale dans les affections aiguës et chroniques du rhino-pharynx et de l'oreille. *Thèse*, Paris, Le François, 1940.

BARATOUX (Dr J.). — Précis élémentaire d'acupuncture. Paris, Le François, 1942.

BERBINEAU. — Traitement des rhinites hypertrophiques par la décortication et la turbinotomie. Bordeaux, *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, 31 décembre 1898.

BERNHEIMER (L. B.) et CUTLER (M.) (Chicago). — Effects of irradiation on allergic nasal mucosa. Chicago. *Archives of Otolaryngology*, octobre 1932, mai 1933, août 1935.

BLACKMAR (F. B.). — Iodin powder in the treatment for nasal « Catarrh », Chicago, *Archives of Otolaryngology*, mai 1932.

BONNIER (P.). — L'action directe sur les centres nerveux. *Centrothérapie*, Paris, Félix Alcan, 1913.

BONTINCK (W. Z.) (Gand). — Les injections sclérosantes dans les rhinites hypertrophiques. Bordeaux, *Revue de Laryngologie, otologie et rhinologie*, décembre 1933.

BOURGEOIS (Henri). — Traitement de certaines rhinites purulentes par les applications locales de vitamines. Paris, *Le Progrès médical*, 26 février 1938.

CASTELNEAU (Dr) (Mont-Dore). — Le coryza spasmodique et les sensibilisations spécifiques. Paris, *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès de 1925, Comptes-rendus des séances.

CINELLI (A. A.). — Traitement du rhume ordinaire par l'Homoïodin, Saint-Louis. *The Laryngoscope*, 3 mars 1934.

CHAVANNE (Louis). — Sécrétions nasales et glandes endocrines. Paris, *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1937.

CLARK GROVE (R.) et COOKE (Robert A.) (New-York). — Etiology and nature of chronic hyperplastic sinusitis. Chicago, *Archives of otolaryngology*, Novembre 1933.

CONSTANTIN (P. M.). — Emanothérapie artificielle par injections tissulaires de Radon dans les fosses nasales. Lyon, *Oto-rhino-laryngologie internationale*, juin 1933.

CORNET (P.). — Coryzas brightiques. Paris, *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, 1909, p. 425.

COURBIN (Dr). — Asthme et nez. Bordeaux, *Revue de Laryngologie, otologie et rhinologie*, juillet-août 1938.

DALLY (Dr Ph.). — Le rhume de cerveau. Lyon, *Oto-rhino-laryngologie internationale*, mai 1943.

DAUDIN-CLAVAUD (Dr H.). — Le traitement du coryza spasmodique par la cautérisation galvanique du méat moyen. Paris, *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès de 1926, comptes-rendus des séances.

DUTHEILLET de LAMOTHE (Dr). — Les injections sclérosantes, traitement de choix des hypertrophies de la muqueuse nasale, sans malformations osseuses sous-jacentes. Paris, *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès de 1930, Comptes-rendus des séances.

ENGEL (Dr R.). — Le traitement de la rhinite spasmodique par l'émanothérapie avec le masque au thorium. Lyon, *Oto-rhino-laryngologie internationale*, mai 1934.

FERRIER (A.). — Considérations sur le coryza chronique et l'ozène. *Thèse*, Paris, 1860.

FRANCK, FISHOF (E.) (New-York). — Treatment of vasomotor rhinitis and allied conditions with sodium morrhuate. Chicago, *Archives of otolaryngology*. avril 1938.

FOX et HARNED. — L'extrait de la muqueuse nasale dans le traitement de la rhino-sinusite aiguë et chronique. Chicago, *Archives of otolaryngology*. Juillet 1936.

- GAREL (J.). — Diagnostic et traitement des maladies du nez. Paris, 3^e édition, Vigot Frères, 1910.
- GOURJON. — Contribution à l'étude de la rhinite chronique simple et des rhinites diathésiques. *Thèse*, Paris, 1881.
- HOLLENDER (A. R.) (Chicago). — Ionisation as a prolonged palliative in vasomotor rhinitis, Chicago, *Archives of otolaryngology*, avril 1935.
- HOLLENDER (A. R.) et FABRICANT (D.) (Chicago). — Nasal ionization. Histologic studies in relation to clinical evaluation. Chicago, *Archives of otolaryngology*, avril 1938.
- HURD (L. M.) (New-York). — Treatment of Hay Fever and Hyperæsthetic rhinitis by ionisation. Chicago, *Archives of otolaryngology*, octobre 1935.
- IWASZKIEWICZ. — La sclérothérapie des coryzas chroniques en particulier de leurs formes vasculaires et vasomotrices. Bordeaux, *Revue de Laryngologie-otologie et rhinologie*, 1938, p. 691.
- JACOB (Dr M.). — Les injections intradermiques de peptone dans le traitement du coryza des foins. Paris, *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès de 1927, Comptes-rendus des séances.
- JACQUET (Dr). — Traitement du coryza chronique par l'hypochloruration. Paris, *Annales d'otorhino-laryngologie*, mars 1904.
- JOHNSON (M. C.) et GOLDSTEIN (D. W.) (Fort Smith). — Allergy and cytologic examination of nasal smears. Chicago, *Archives of Otolaryngology*, décembre 1932.

- KALE (C. N.). — L'ionisation hydrostatique du nez. St-Louis, *The Laryngoscope*, février 1935.
- LAURENS (G.), AUBRY (M.), LEMARIEY (A.). — Précis d'oto-rhino-laryngologie. Paris, MASSON, 2^e édition, 1940.
- LERMOYEZ (Marcel). — Traitement atropo-strychnique de l'hydrorrhée nasale. Paris, *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, 1899, Tome II, p. 40.
- LERMOYEZ (M.) et MAHU. — Nouvelle méthode du traitement des affections du nez par les applications d'air chaud. Paris, *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, 1900, Tome II, p. 1.
- LERMOYEZ (M.). — Le traitement du coryza chronique simple. Paris, *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, décembre 1906.
- LERMOYEZ (M.). — Principes de crénothérapie oto-rhino-laryngologique. Paris, *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, 1921, Tome II, p. 1.025.
- LERMOYEZ (Jacques). — Les phénomènes de choc dans le coryza spasmodique. *Thèse*, Paris, Plon et Nourrit, 1922.
- LEROUX-ROBERT. — La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. Paris, Mason, 2^e édition, 1927.
- LEVINE (Morris). — L'iode libre dans le traitement de la rhinite vasomotrice. Saint-Louis, *The Laryngoscope*, janvier 1933.
- LEWY (Alfred) (Chicago). — Sodium iodid in hyperesthetic rhinitis. Chicago, *Archives of otolaryngology*, janvier 1931.

- LINDSAY (J. R.) et WALSH (T. E.). — Nasal secretions. Chicago, *Archives of otolaryngology*, juin 1935.
- MAUREL (M.). — Traitement du coryza par l'iodoforme. Paris, *Revue générale de chimie et de thérapeutique*, 28 février 1894.
- MENIER (Dr A.). — Traité des maladies du nez. Paris, Maloine, 1906.
- MENZEL. — Sur l'emploi de l'afenil dans la rhinite vasomotrice et le rhume des foins. *Société viennoise de Laryngologie*, séance du 5 juillet 1922.
- MOLTERRI. — La glycérine pure dans le traitement de la rhinite chronique. *Gazetta degli ospedali*, 1898.
- MOULONGUET (A.). — Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques. Paris, Doin, 1926.
- PALMER (A.). — Action de l'acide phénique dans la rhinite hyperesthésique avec une étude de la muqueuse nasale. Saint-Louis, *Annals of otology*, mars 1935.
- PASMANIK. — Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la rhinite hypertrophique. Genève, *Revue de la Suisse Romane*, 20 janvier 1903.
- PORTMANN (Georges). — Nouvelles consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien. Paris, Doin, 2^e édition, 1934.
- ROWE (Albert H.) (San-Francisco). — Nasal Allergy. Chicago, *Archives of otolaryngology*, juillet 1938.
- RUSKIN (Simon L.) (New-York). — Nucleic acid and nucleotid therapy in nasal diseases. Chicago, *Archives of otolaryngology*, août 1935.

- SAVY (Paul). — Traité de thérapeutique clinique. Paris, Masson, 4^e édition, 1944.
- SCHEPPEGRELL. — Traitement de la rhinite hypertrophique par l'électrolyse bipolaire. U.S.A., *Annals of ophthalmology and otology*, 1896.
- STERNBERG et SUGAR (Vienne). — Traitement de l'hydrorrhée nasale aiguë et chronique par de petites doses d'iode. Comte-rendu dans : *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, Paris, 1927, tome II, p. 146.
- TARNEAUD (Dr). — De la médication végétative dans la pathologie du sympathique nasal. *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès de 1925, comptes-rendus des séances.
- TERRACOL (J.). — Les maladies des fosses nasales. Paris, Masson, 1936.
- TOBEY (H. G.). — Expériences avec l'ionisation de la muqueuse nasale. Saint-Louis, *Annals of otology*, mars 1938.
- VAIL (Harris H.). — Treatment of Hay Fever by nasal injections of alcohol. Chicago, *Archives of otolaryngology*, novembre 1933.
- VIOLLET. — Traitement de la rhinite chronique hypertrophique diffuse par les injections sous-muqueuses de chlorure de zinc. *Archives internationales de Laryngologie*, mars-avril 1901.
- WALSH (T. E.) (Chicago). — Vasomotor rhinitis, its treatment by the injection of alcohol into the sphenopalatin ganglion. Chicago, *Archives of otolaryngology*, juillet 1932.

WARWICK (H. L.). — Traitement du rhume des foins et des états similaires par l'ionisation. Saint-Louis, *The Laryngoscope*, 3 mars 1934.

WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et BRISSAUD (Et.). — L'auto-anaphylaxie. Son rôle dans l'hémoglobinurie paroxystique. Traitement anti-anaphylactique de l'hémoglobinurie. Conception physique de l'anaphylaxie. *Semaine Médicale*, 24 décembre 1913.

WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et BRISSAUD (Et.). — Etude de certains phénomènes de choc, observés en clinique, signification de l'hémoclasie. *Presse médicale*, 3 avril 1920.

WIDAL (F.), ABRAMI (P.), BRISSAUD (Et.) et JOLTRAIN (Ed.). — Réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. La crise hémoclasique initiale. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 février 1914.

WIDAL (F.), LERMOYEZ (M.), ABRAMI (P.), BRISSAUD (Et.) et JOLTRAIN (Ed.). — Les phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'asthme. *Presse médicale*, 11 juillet 1914.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
BREF RAPPEL DE L'ÉPOQUE PRÉCÉDANT IMMÉDIATE- MENT LERMOYEZ	12
EXPOSITION DES CONCEPTIONS DE LERMOYEZ ET DE SES CONTEMPORAINS	15
Définition des rhinites chroniques.....	15
Étiologie et physiopathologie.....	17
Symptomatologie	27
Pronostic et diagnostic.....	32
Traitement	34
LES TRAVAUX DE WIDAL ET DE SON ÉCOLE.....	59
LES CONCEPTIONS ACTUELLES.....	63
Les rhinites chroniques telles qu'elles sont vues actuellement	63
Étiologie et physiopathologie	66
Symptomatologie	74
Pronostic et diagnostic.....	80
Traitement	83
CONCLUSIONS	111
BIBLIOGRAPHIE	115

